

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**MODELOS DE FINANCIAMENTO, EQUIDADE DE
ACESSO E EFICIÊNCIA HOSPITALAR: UM ESTUDO EM
PORTUGAL E NA SUÍÇA**

**MODELS OF FINANCING, EQUITY OF ACCESS AND
HOSPITAL EFFICIENCY: A STUDY IN PORTUGAL AND
SWITZERLAND**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Paula
Prata e coorientada pela Professora Doutora Margarida Reis
Santos

Carla Marina Tavares Fernandes

Porto | 2017

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

*“Há uma força motriz mais poderosa que
o vapor, a eletricidade e a energia atômica: a vontade.”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos ao Ricardo pelo apoio incondicional, compreensão e tempo dedicado.

Um especial agradecimento aos meus pais e irmão pelo tempo de partilha muitas vezes sacrificado para a realização deste trabalho.

Endereço um agradecimento a todos os que despenderam algum do seu preciso tempo para responder ao questionário, contribuindo para a realização deste mestrado.

Por fim, agradeço à orientadora, à coorientadora.

RESUMO

O setor da saúde ocupa um lugar fundamental na nossa sociedade e tem assumido cada vez uma maior importância na economia, uma vez que, neste momento, a saúde é vista como um sistema, com uma organização específica a diversos níveis de intervenção, apresentando não só objetivos e métodos de avaliação específicos, como também, modelos racionais de gestão.

Nos últimos anos os sistemas de saúde dos países ocidentais caracterizaram-se por um contexto de reformas permanentes com o intuito de dar resposta a uma pressão imposta pelos novos desafios emergentes, cada vez mais globais e complexos.

Certamente, não existem modelos ideais de financiamento em saúde, contudo é clara a necessidade de os conhecer e debater.

Assim, com o desenvolvimento do presente estudo sobre o financiamento da saúde, baseado em dois países com modelos de financiamento diferentes como Portugal e a Suíça, pretendeu-se contribuir para o conhecimento sobre um dos temas centrais no âmbito da sustentabilidade do setor da saúde.

As pesquisas realizadas e os resultados obtidos evidenciam claramente que os modelos de financiamento têm repercussões diretas na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos cuidados de saúde, verificando-se que ao longo do tempo as reformas implementadas, nos dois países, tal como a evolução do modelo de financiamento, a responsabilização da gestão e a empresarialização dos hospitais tiveram resultados positivos na gestão dos gastos e no aumento da eficiência hospitalar. Contudo, as reformas vão ser sempre necessárias para adaptar o sistema de saúde aos desafios futuros, sendo a escolha dos modelos de financiamento e a forma como são implementados fatores decisivos na obtenção de resultados.

Palavras-chave: Financiamento; Equidade no Acesso; Eficiência Organizacional.

ABSTRACT

The health sector occupies a fundamental place in our society and has assumed an increasing importance in the economy, since, at present, health is seen as a system, with a specific organization at different levels of intervention, presenting not only specific objectives and methods of evaluation, but also rational management models.

In recent years, health systems in Western countries have been characterized by a context of permanent reforms aimed at responding to the pressure imposed by emerging new challenges that are increasingly global and complex.

Certainly, there are no ideal models of health financing, but the need to know and debate them is clear.

Thus, with the development of the present study on health financing, based on two countries with different funding models such as Portugal and Switzerland, it was intended to contribute to the knowledge on one of the central themes in the health sector sustainability.

The research carried out and the results obtained clearly show that the financing models have direct repercussions on hospital efficiency and equity of access to health care, and that over time reforms implemented in both countries, such as the evolution of the financing model, the management accountability and the entrepreneurialism of the hospitals had positive results in the management of the expenses and in the increase of the hospital efficiency. However, reforms will always be necessary to adapt the health system to future challenges, with the choice of financing models and the way in which decisive factors are implemented in achieving results.

Keywords: Financing; Equity in Access; Efficiency, Organizational.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CEE – Comunidade Económica Europeia

DRG – *Diagnosis Related Groups*

EPE – Empresa Público Privada

ERS –Entidade Reguladora de Saúde

GDH – Grupo Diagnóstico Homogéneo

INE – Instituto Nacional de Estatística

LAA – *Loi Fédérale sur l'assurance-accidents*

LAMA – *Loi Fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents*

LAMal – *Loi Fédérale sur l'assurance-maladie*

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OFAS – *Office Fédéral des Assurances Sociales*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PPP – Parcerias Público Privadas

SA – Sociedade Anónima

SPA - Setor Público Administrativo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWISSDRG – *Swiss Diagnosis Related Groups*

ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. O Setor da Saúde em Portugal e na Suíça	19
1.1.1. O sistema de saúde português e sua evolução.....	21
1.1.2. O sistema de saúde suíço e sua evolução	26
1.2. Financiamento em Saúde em Portugal e na Suíça	31
1.2.1. Modelos de financiamento em saúde	32
1.2.1.1. Modelo de financiamento português	37
1.2.1.2. Modelo de financiamento suíço	43
1.2.2. Impacto do modelo de financiamento na saúde	52
1.2.2.1. Em Portugal e na Suíça.....	52
1.3. Equidade em Saúde.....	53
1.3.1. Equidade de acesso aos cuidados de saúde	55
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
2.1. Desenho da Investigação	59
2.1.1. Objetivos.....	60
2.1.2. Tipo de estudo	60
2.1.3. População e amostra	61
2.1.4. Colheita de dados.....	62
2.1.4.1. Inquérito por questionário	63
2.1.4.1.1. Variáveis e sua operacionalização	64
2.1.4.2. Indicadores de eficiência hospitalar e de equidade de acesso.....	64

2.1.5. Tratamento de dados	65
2.1.6. Considerações éticas	66
CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADO.....	67
3.1. Descrição da amostra.....	67
3.2. Opinião dos gestores sobre a influência do modelo de financiamento na eficiência hospitalar e na equidade de acesso	69
3.3. Impacto do modelo de financiamento na eficiência hospitalar e na equidade de acesso, em Portugal e na Suíça, alguns indicadores	78
3.4. Limitações do estudo	87
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	99
Anexo 1 – Informação ao Participante	100
Anexo 2 – Questionário	102

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Os fluxos financeiros no sistema de saúde	32
FIGURA 2: Organização do SNS	42
FIGURA 3: O sistema de saúde suíço – fluxos financeiros	44
FIGURA 4: Modelo conceptual dos determinantes em saúde	56
FIGURA 5: Índice de iniquidade na probabilidade de ter uma consulta de clínica geral	85
FIGURA 6: Índice de iniquidade na probabilidade de ter uma consulta de especialidade ..	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Principais responsabilidades da Federação e dos Cantões na saúde	27
QUADRO 2: Acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos, privados e seguros voluntários	38
QUADRO 3: Regime jurídico hospitalar	40
QUADRO 4: Principais formas jurídicas dos hospitais na Suíça	47
QUADRO 5: Financiamento dos hospitais na Suíça após a reforma LAMal de 2007	48
QUADRO 6: Índice de progressividade de kakwani, por país	83

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Esperança de vida à nascença em Portugal e na Suíça	20
TABELA 2: Informação relativa às características da amostra	68
TABELA 3: Distribuição geográfica da amostra por país	69

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Despesa total em saúde, em % do Pib, em Portugal e na Suíça	20
GRÁFICO 2: Evolução dos custos do sistema de saúde, na Suíça, segundo o sistema de financiamento (em bilhões de euros).....	45
GRÁFICO 3: Tipo de financiamento das unidades hospitalares em Portugal e na Suíça	70
GRÁFICO 4: Repartição das despesas entre diferentes agentes financiadores	71
GRÁFICO 5: GDH no financiamento hospitalar	71
GRÁFICO 6: Financiamento e eficiência hospitalar	72
GRÁFICO 7: Financiamento e liberdade de escolha do cliente	73
GRÁFICO 8: Financiamento e tempo de internamento	73
GRÁFICO 9: Contenção de custos e qualidade de cuidados	74
GRÁFICO 10: Política de saúde e sustentabilidade do sistema de saúde	74
GRÁFICO 11: Tempo médio de internamento hospitalar	79
GRÁFICO 12: Número de altas hospitalares por 100.000 habitantes	79
GRÁFICO 13: PIB per capita, por paridade de poder de compra, US\$	80
GRÁFICO 14: Pagamentos diretos em saúde em % do PIB	81
GRÁFICO 15: Necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas	82

GRÁFICO 16: Necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas (1º quintil de rendimento)	82
--	----

INTRODUÇÃO

A relevância de medir o desempenho e a eficiência das unidades prestadoras de cuidados de saúde, no atual contexto de crescimento de gastos em saúde, tem consequentemente gerado novos estudos no âmbito da investigação científica. Neste sentido, surgiu o interesse de analisar o efeito de dois tipos de modelos de financiamento distintos, mais especificamente o português e o suíço, na equidade de acesso aos cuidados e na eficiência hospitalar.

Em Portugal, a saúde é considerada como um direito constitucionalmente garantido. O sistema preconizado assenta num quase exclusivo financiamento do Estado, o qual detém uma rede própria, tanto a nível de cuidados de saúde primários como diferenciados. Atualmente, tem-se assistido a esforços no sentido de clarificar o papel do Estado prestador e do Estado financiador, promovendo uma maior responsabilização das estruturas de administração através da realização de compromissos explícitos (OPSS, 2009, citado por Diniz, 2013) e permitindo determinar desperdícios em termos financeiros.

Na Suíça o financiamento da saúde é baseado em seguros privados, sendo a qualidade dos serviços de saúde apontada como uma das melhores a nível mundial. Desde 1996, todos os indivíduos residentes na Suíça são obrigados a ter um plano de saúde, que pode ser escolhido livremente entre as mais de cem seguradoras do país. Estas, respeitam uma legislação relativamente liberal, sendo fiscalizadas por um departamento federal.

Este estudo, tem como objetivos conhecer o modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal e a sua repercussão na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde; conhecer a opinião dos enfermeiros gestores sobre os modelos de financiamento em saúde em uso em Portugal e na Suíça.

Este documento encontra-se organizado em três capítulos. Após uma breve introdução, apresenta-se no primeiro, o enquadramento teórico, estruturado em três subcapítulos. O primeiro, dedicado ao setor da saúde em Portugal e na Suíça onde se apresenta a descrição do comportamento histórico destes sistemas de saúde e sua evolução. No segundo, faz-se

referência ao financiamento e aos seus modelos de uma forma geral e, posteriormente, mais especificamente ao modelo de financiamento em saúde em vigor em Portugal e na Suíça. No terceiro subcapítulo aborda-se a equidade em saúde, mais focalizada na equidade de acesso aos cuidados de saúde.

No segundo capítulo, apresenta-se a metodologia de investigação e justificam-se as opções realizadas. No terceiro capítulo, procede-se à descrição da amostra, apresentação e discussão dos resultados.

O documento termina com uma síntese conclusiva onde são resumidas as principais ilações, fazendo-se, ainda, referência a algumas limitações do estudo e apresentando algumas recomendações para estudos futuros.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sistema de saúde de um país, a sua organização, a inovação e a sustentabilidade são determinantes no estado de saúde da sua população (OPSS, 2009).

O setor da saúde está em constante mudança, pois fatores como as alterações demográficas, sociais e políticas, os constrangimentos económicos, a exigência de uma maior eficiência e o desenvolvimento tecnológico, determinam que este seja alvo de novos desafios que implicam mudanças no seu desenvolvimento, com impacto na cobertura, universalidade e sustentabilidade económica e financeira (OPSS, 2009).

Os modelos de financiamento em saúde têm sido objeto de análise por parte das organizações internacionais, as quais têm manifestado preocupação com o aumento da despesa em saúde, tentando identificar possíveis causas (Campos e Simões, 2011, citado por Diniz, 2013), uma vez que nos últimos anos se constata que o financiamento da saúde constitui um dos principais desafios que se colocam aos países ocidentais, seja qual for o seu modelo de sistema de saúde.

Neste capítulo pretendemos contextualizar a evolução dos sistemas de saúde, evidenciando algumas das mudanças mais significativas ocorridas nas últimas décadas, analisar os modelos de financiamento e o impacto destes na eficiência hospitalar e equidade de acesso aos cuidados de saúde, em dois diferentes contextos, Portugal e Suíça. Países com sistemas de saúde distintos, mas que convergem na necessidade de implementação de reformas centralizadas na contenção de custos e melhoria da qualidade e eficiência dos sistemas de saúde, dado o aumento considerável da despesa da saúde no Produto Interno Bruto (PIB), dos mesmos.

1.1. O Setor da Saúde em Portugal e na Suíça

Os sistemas de saúde são de uma grande complexidade, pois envolvem vários fatores. O grande desenvolvimento tecnológico, científico, económico e social verificado nas últimas

décadas permitiu dar resposta a vários problemas do passado (Sousa, 2009), como a mortalidade infantil, a esperança média de vida, a cobertura, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde.

Por exemplo, ao analisarmos a esperança de vida à nascença (Tabela 1) podemos constatar que tanto em Portugal, como na Suíça, existiu um aumento significativo da mesma.

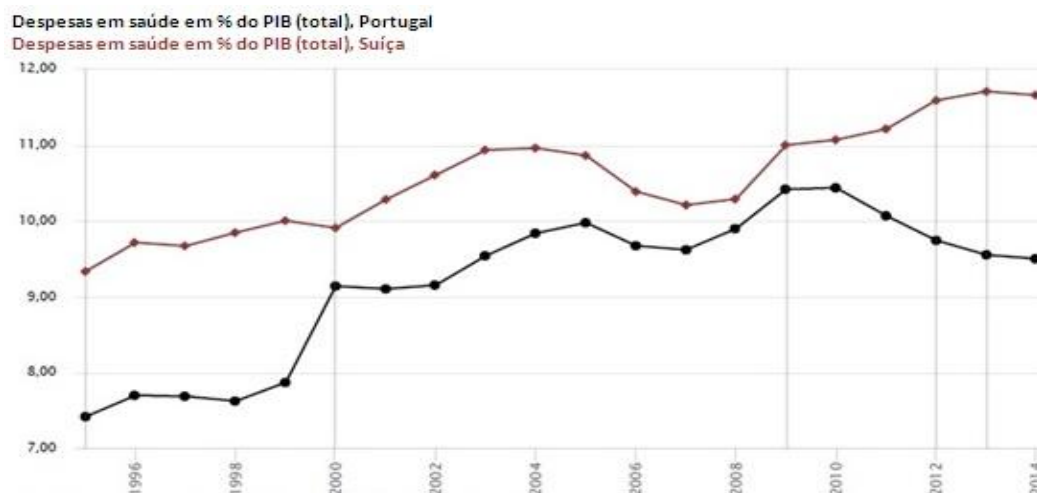
Tabela 1: Esperança de vida à nascença em Portugal e na Suíça

	Homens		Mulheres	
Anos	1960	2014	1960	2014
Portugal	61,1	78	66,7	84,4
Suíça	68,7	81,1	74,1	85,4

Fontes: Eurostat a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA, 2016

Contudo, esta evolução contribuiu para que no presente sejamos confrontados com novos problemas, tais como, as alterações nas necessidades de cuidados de saúde motivadas pelo aumento da esperança de vida e pelo envelhecimento da população e a maior incidência e prevalência de doenças crónicas (Sousa, 2009). Este contexto, gera novos desafios para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, pois tal, como podemos verificar no Gráfico 1, existe um aumento de 28% e 25% dos gastos totais em Saúde em Portugal e na Suíça, respetivamente entre 1995 e 2014.

Gráfico 1: Despesas total em saúde, em % do PIB, em Portugal e na Suíça



Fonte : Perspective monde, Banque mondiale, 2016

Face a tal realidade, conhecer a evolução dos sistemas de saúde é uma prioridade, pois só assim, podemos compreender melhor os fatores que influenciam esta configuração e tendência.

1.1.1. O sistema de saúde português e sua evolução

Portugal segue o modelo de Beveridge que (...) *apresenta quatro princípios básicos: o acesso universal, a inclusão de todos os tratamentos, a gratuidade e o financiamento pelo orçamento geral do Estado. Além disso, assenta num sistema público, financiado pelos impostos e em que o direito à saúde é independente do trabalho e do emprego (...)* (Escoval, 2003, citado por Diniz, 2013, p. 7).

A evolução do sistema de saúde português foi marcada, nos últimos 30 anos, por um conjunto de fatores que, segundo Sousa (2009), poderão ser analisados em quatro planos distintos: a questão da responsabilidade social e individual no financiamento da saúde; a possibilidade de se evoluir para um Estado Garantia, que para além de regular, possa ser prestador de cuidados; a aposta no cidadão, num contexto científico e social e, também, numa mudança de gestão, de acordo com o sistemas de saúde em transição. Segundo o mesmo autor, Portugal tem sofrido sucessivas transformações, num contexto de rápida transição de paradigma tecnológico e social, nomeadamente na área da saúde, em períodos de tempo particularmente curtos.

- **1930 - 1970**

O sistema de saúde, em Portugal, desde os anos 30, foi caracterizado por uma ideologia corporativa, sendo a assistência médico-sanitária, predominantemente caritativa, com o estado a ter um papel meramente complementar às iniciativas pessoais ou de outras instituições, como a Previdência Social (Sousa, 2009).

Neste período, segundo Simões et al. (1999) e dados da OCDE (1998) a evidência sobre os indicadores socioeconómicos e de saúde, em Portugal, era bastante desfavorável no contexto da Europa Ocidental, sendo considerado o país com mais baixo desempenho ao nível da cobertura da população (18%, para uma média europeia de 70,9%, em 1960), com uma das taxas de mortalidade infantil mais elevadas da Europa (77,5%) e com um baixo

financiamento dos serviços públicos de saúde (em 1969, a despesa representava cerca de 1,7% do PIB sendo a média europeia de 3,8%)(Baganha et al., 2002).

Neste contexto, o serviço de saúde estava muito fragmentado com um acesso aos cuidados de saúde limitado e uma cobertura insuficiente (Baganha et al., 2002).

- **1971-1985**

Antes de 1974, o sistema de saúde em Portugal era constituído por várias vias sobrepostas:

- as misericórdias, geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços em todo o país, desempenhando um papel fundamental na coordenação entre as atividades de assistência social e de cuidados de saúde;
- os serviços médico-sociais, prestadores de cuidados aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência;
- os serviços de saúde pública, direcionados para a proteção da saúde;
- os hospitais estatais, gerais e especializados, estavam localizados nos grandes centros urbanos “Regionalização hospitalar”;
- os serviços privados privilegiavam a classe sócio-económica mais elevada.

(OPSS, 2001)

Ao longo da década de 70, em conjunto com outras transformações na sociedade ocorreram várias reformas no sistema de saúde português (Baganha et al., 2002). O acesso aos cuidados médicos foi um dos objetivos, reconhecendo-se pela primeira vez, a todos os cidadãos, o direito à saúde (Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro de 1971) e organizou-se, também, o Ministério da Saúde e de Assistência (Decreto-Lei nº414/71 de 27 de Setembro de 1971) passando o Estado de uma intervenção supletiva a uma total responsabilidade pela política de saúde e sua execução, tendo criado como estruturas funcionais, os hospitais e os centros de saúde (Baganha et al., 2002).

A reforma do sistema de saúde e da assistência legislada em 1971, nomeada como a “reforma de Gonçalves Pereira”, que incluiu a criação de centros de saúde, constituiu a base para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Sousa, 2009). Contudo, foi só a partir de 1974 que foram criadas as condições sociais e políticas para que em 1979, com a publicação da Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei Arnaud), o Estado assumisse a responsabilidade pela concretização do direito à proteção da saúde previsto na Constituição (Sousa, 2009).

Portugal passou a usufruir de um SNS bastante democrático, tendo como objetivo a universalidade, a generalidade e a gratuidade. A sua implementação demorou cerca de dez anos o que, segundo Mozzicafreddo (2000), reflete as discordâncias entre o Estado e o corporativismo médico (Baganha et al., 2002).

Pode-se, assim, afirmar, tal como refere Sakellarides (2005), que as circunstâncias políticas, sociais e económicas em que o SNS foi implementado contribuíram para que este incorporasse várias faltas de rigor fundacionais, tais como: estrutura financeira instável; modelos de organização e gestão de natureza substancialmente administrativa sem uma cultura de gestão apropriada às especificidades da saúde; falta de transparência entre os interesses públicos e privados; informação escassa sobre a qualidade dos cuidados de saúde e limitações na cobertura e no acesso. Nesta época, procurou-se recuperar o atraso quantitativo em relação aos cuidados, verificando-se inúmeras lacunas no que diz respeito à qualidade dos cuidados de saúde (Sousa, 2009).

- **1985-1995**

Período assinalado pela entrada de Portugal para a Comunidade Económica Europeia (CEE). Neste período verificou-se uma estabilidade política sem precedentes que permitiu o acesso ao financiamento europeu em diversas áreas, tais como a saúde, o que possibilitou a expansão do SNS, essencialmente no que reporta às instalações e equipamentos (Sousa, 2009).

Esta década foi marcada por um dos pontos centrais na reforma da saúde em Portugal, a publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto de 1990 que define o sistema de saúde como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção da saúde) e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93 de 15 de Janeiro de 1990), passando o Estado a atuar através de serviços próprios e celebrando acordos com entidades privadas, assegurando a sua fiscalização. O Sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de esforços convergentes composto por três sistemas articulados: o SNS (abrangendo as instituições e os prestadores de cuidados dependentes do Ministério da Saúde); os subsistemas de saúde públicos (desenvolvem atividades na área de prevenção e promoção da saúde); as entidades privadas e conjunto de profissionais livres com acordo com o SNS para a prestação de cuidados de saúde (Baganha et al., 2002).

Assim sendo, tal como Sousa (2009) refere, tornou-se evidente a necessidade de uma mudança a nível das áreas organizacional e de gestão para melhorar os ganhos em efetividade e eficiência do setor da saúde, das quais destacou:

- o processo de transformação na gestão pública – implementação dos modelos de gestão privada no setor público.
- a introdução de taxas moderadoras no SNS – em 1990, foi introduzida uma taxa associada ao acesso a determinados cuidados de saúde, tendo por fundamento a necessidade de aumentar as receitas e de alocar os recursos às necessidades de saúde da população com o intuito de evitar uma sobre utilização de serviços, ficando isentos os grupos de risco e os economicamente desfavorecidos.
- a regionalização e a integração do SNS – em 1993, deu-se a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e das “unidades funcionais” promovendo-se a relação entre hospitais e centros de saúde, com o objetivo de melhorar a integração entre os cuidados primários, secundários e terciários.

O objetivo predominante era o de melhorar a flexibilidade e a capacidade de inovação da administração pública na saúde, recentrando-se os serviços públicos no cliente e passando-se de uma gestão centrada nos recursos para uma gestão centrada nos resultados, tornando-a mais empresarial (Sakellarides et al., 2005).

- **1995-2010**

Entre 1996-2002, o sistema de saúde português continuou a expandir-se, mas sem corresponder ao desafio proposto, pois começam a tornar-se, cada vez mais evidentes, os problemas do acesso aos cuidados de saúde, o agravamento da indefinição entre interesses públicos e privados, constatando-se inadequado o modelo de administração pública tradicional (Sakellarides et al., 2005).

Entre 2002 e 2005 houve a adoção de uma nova agenda política para a saúde, ocorrendo a inclusão dos setores privado e público numa “rede de cuidados de saúde” financiados pelo Estado, aumento do *outsourcing* nos serviços públicos e gestão privada dos novos hospitais públicos (Sakellarides et al., 2005).

O decurso deste período foi caracterizado pela liderança e apoio político do governo com ênfase na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, à promoção dos medicamentos

genéricos no mercado e a uma estratégia de saúde, através da elaboração do Plano Nacional de Saúde (Sakellarides et al., 2005).

No entanto, de acordo com Sakellarides et al. (2005) verificaram-se algumas lacunas neste ciclo, tais como a falta de fundamentação técnica em medidas implementadas e a falta de transparência da informação sobre os resultados das medidas tomadas pelo governo, observando-se um crescimento do marketing político.

Apesar das irregularidades, segundo o Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (...) *a empresarialização dos hospitais foi um bom instrumento de melhoria da qualidade da oferta existente, do aumento do acesso e da modernização do parque hospitalar* (Garrido, 2012, p. 50).

Com base no exposto, pode-se afirmar que, em Portugal nos últimos 30-40 anos, as políticas de saúde evoluíram significativamente:

- *antes dos anos 1970 (sistema de saúde muito fragmentado);*
- *do início dos anos 1970 a 1985 (estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde);*
- *de 1985 a 1995 (período de expansão do Serviço Nacional de Saúde numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do setor social e privado, de regionalização e coordenação do Serviço Nacional de Saúde, de incremento da participação do setor privado, de construção hospitalar e de tentativa de separação do exercício médico entre setores privado e público);*
- *de 1995 a 2002 (período marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização-empresarialização pública de instituições de saúde, e pela adopção de uma estratégia de saúde explícita);*
- *de 2002 até ao momento actual (expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos setores público, privado e social).*

(Sousa, 2009, p. 886)

Pode-se concluir que nestas quatro décadas ocorreram, entre outras mudanças igualmente significativas, a transferência generalizada dos hospitais das Misericórdias para o controlo do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases da Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos, a construção de novos hospitais no âmbito de parcerias público-privadas (PPP) e a aposta crescente de grandes grupos económicos na área da saúde (Eira, 2010).

1.1.2. O sistema de saúde suíço e sua evolução

A Suíça é um país com uma estrutura federalista que se divide em três esferas políticas: o governo federal, os 26 cantões e as cerca de 2.500 comunas (OCDE, 2006). A descentralização do poder é considerável, tendo cada cantão a sua própria constituição, o seu parlamento e a detenção de poderes que não são especificamente delegados à Confederação (OCDE, 2006).

Os cantões, no que diz respeito ao tamanho, demografia, oportunidades e situação sócio-económica são significativamente diferentes (OCDE, 2006). Com o intuito de diminuir as desigualdades das receitas fiscais entre os cantões é implementado um mecanismo de compensação fiscal, financiado pela Confederação e pelos cantões mais ricos (OCDE, 2006).

O sistema suíço é dotado de uma democracia direta, pois todos os importantes partidos têm representação no governo federal e nos órgãos executivos dos cantões. A população desempenha um papel relevante nas decisões políticas, dada a possibilidade de participar em iniciativas políticas através da proposição de novas leis ou alteração das leis em vigor e votação em inúmeros referendos.

As funções e as responsabilidades são estabelecidas segundo o princípio do federalismo, repartindo-se entre os diferentes níveis de poderes públicos, sendo os cantões detentores de um vasto grau de autonomia neste domínio (OFAS, 2013). Esta responsabilidade de políticas de saúde fragmentada, reflete a divisão dos poderes no sistema federal (Quadro 1), existindo na prática vários sistemas de saúde interligados em que a oferta de cuidados de saúde é da responsabilidade de cada cantão e o seguro social é uma responsabilidade federal (OCDE, 2006).

As seguradoras de saúde desempenham um papel fundamental na Suíça, pois fazem parte dos atores mais influentes na política social, opondo-se, com sucesso, à centralização do estado social, sendo em grande parte, responsáveis pelo modelo de seguro de saúde privado dominante na Suíça (OFAS, 2013). Assim sendo, para que seja possível compreender o sistema de saúde Suíço faz-se referência à história dos seguros de saúde e sistema de saúde Suíço.

Quadro 1: Principais responsabilidades da Federação e dos Cantões na saúde

<p>➤ <u>Nível Federal</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Função legislativa e de supervisão nos seguintes domínios:<ul style="list-style-type: none">○ Seguros de saúde, de acidente e social;○ Prevenção, promoção e proteção da saúde;○ Segurança alimentar;○ Promoção da ciência, da investigação e do ensino superior;○ Formação não universitária aos profissionais de saúde;○ Supervisão da qualidade e segurança dos medicamentos e tecnologia médica;○ Produção de dados estatísticos.
<p>➤ <u>Nível Cantonal</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Implementação das leis federais, sobre delegação do governo federal• Oferta de cuidados de saúde• Financiamento parcial dos custos hospitalares• Autorização da abertura de consultórios médicos, farmácias e aquisição de equipamentos pelas instituições de saúde

Fonte: Adaptado de OCDE (2011)

- **1880**

Se hoje em dia os cuidados de saúde são um dos bens sociais, tal não aconteceu nos séculos passados. A fundação de um Estado federal surgiu na Suíça em 1848 e, apesar das questões sociais dominarem cada vez mais as discussões sobre a função do estado, este deixou inúmeras tarefas de assistência à responsabilidade das associações privadas, das seguradoras de socorro cooperativas, dos sindicatos e da Igreja (OFAS, 2013).

Desde os meados do século XIX, a industrialização e a generalização do trabalho permitiu a formação de uma classe operária com direito a um salário o que influenciou a política de saúde, uma vez que os trabalhadores se viram expostos a riscos de acidente e de doença (OFAS, 2013). Neste contexto, para fazerem face a esta problemática as associações privadas, as organizações profissionais, os sindicatos e os empregadores fundaram as sociedades de seguro mutualista, em que os empregados pagavam uma mensalidade e, em caso de incapacidade para trabalhar, recebiam uma indemnização diária que permitia compensar a perda de salário passando, posteriormente, a receberem o reembolso das despesas com tratamentos (OFAS, 2013). Assim, nesta época, a adesão às seguradoras baseava-se principalmente no fato de ter uma atividade profissional ou de pertencer a um sindicato ou grupo religioso (OCDE, 2011).

Segundo o OFAS (2013), nesta altura podiam-se contabilizar mais de um milhar de seguradoras que ofereciam proteção a um quarto da população nas regiões mais industrializadas. Contudo, segundo Mulheim (2003) verificava-se, frequentemente, uma falta de coordenação entre as seguradoras de saúde, uma escolha discriminatória dos membros e uma falta de transparência nos mecanismos de fixação dos prémios (OCDE, 2006).

- **1889-1911**

A Suíça, segue os passos da Alemanha e tenta adotar uma base constitucional de regime obrigatório para o seguro de saúde (OFAS, 2013), com o objetivo de confrontar o problema do agrupamento dos sistemas fragmentados propondo, em 1889, uma lei federal sobre o seguro de saúde, com o intuito de assegurar uma cobertura obrigatória para todos os trabalhadores (OCDE, 2006). Contudo, a proposição submetida a referendo foi rejeitada e, para fazer face a esta rejeição a confederação encoraja o princípio do seguro de saúde de forma indireta e acorda subvenções federais aos cantões e comunas que instaurem o seguro de saúde obrigatório (OFAS, 2013).

Neste período, os cantões poderiam ter criado seguros de saúde públicos, mas optaram por delegar a execução do seguro de saúde às inúmeras seguradoras existentes, o que favoreceu a fragmentação do sistema de seguradoras e o crescimento da sua especialização e diversificação, sendo decisivo para a evolução das seguradoras de saúde regidas pelo setor privado (OFAS, 2013).

A primeira lei federal do seguro de saúde e acidente (LAMA) foi implementada em 1911, sendo menos ambiciosa que a lei proposta em 1889, uma vez que tinha como objetivos permitir o seguro obrigatório para os trabalhadores até um determinado nível de rendimentos, e o voluntário para a classe não operária, subvencionar as seguradoras de saúde reconhecidas e impor requisitos regulamentares (OCDE, 20011). Esta lei teve por base o modelo Bismarck em que

(...) existe uma aproximação efectiva e mais expressiva aos valores de mercado, com a utilização de mecanismos de tipo-mercado e um conjunto de actores privados. As funções do Estado assentam nos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e da prestação de cuidados, com medidas de contenção de custos, acreditação, qualidade de serviços prestados, na gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para aqueles que não usufruem de sistemas de seguros (Carrondo, 2014, p. 15).

Esta lei federal, de 1911, permitia o acesso a prestações de base, contudo as condições do seguro variavam, significativamente, entre as seguradoras de saúde que eram consideradas sem fins lucrativos e a concorrência entre as mesmas não era a mais justa, o que dificultou o alcance de um sistema solidário (OCDE, 2006).

- **1940**

Nesta época, ocorreu um movimento, no país, para a implementação de um sistema de segurança social nacional, para assegurar o risco de doença, no entanto, devido à resistência das instituições federais que recusaram a centralização e o aumento dos custos, tal não se verificou, pois não era compatível com o estado social de tradição federal, que considerava de extrema importância as seguradoras privadas (OFAS, 2013).

Assim sendo, as seguradoras continuaram a ter um crescimento exponencial, passando de 2 milhões de clientes para 7 milhões entre 1940 e 1980 (OFAS, 2013).

- **1981-1994**

Período marcado por duas leis federais que são a base do sistema de saúde Suíço.

Em 1981, foi implementada a lei federal sobre o seguro de acidentes obrigatório (LAA) que engloba os acidentes profissionais e não profissionais. Todos os trabalhadores que exercessem uma atividade lucrativa por conta de outrem, na Suíça, superior a oito horas semanais no mesmo empregador estavam automaticamente protegidos, em caso de acidente ou doença profissional, pela sua entidade patronal (Centre d'information AVS/AI, 2016). O seguro obrigatório contra os acidentes não profissionais é da responsabilidade do empregado, no entanto várias entidades patronais têm convenções com os trabalhadores, incluindo no contrato de trabalho a responsabilização por acidentes profissionais e não profissionais (Centre d'information AVS/AI, 2016). Pessoas que não são abrangidas por um seguro obrigatório de acidente como crianças, estudantes e trabalhadores independentes devem providenciar o seguro a título individual (Centre d'information AVS/AI, 2016).

Já nesta época, para fazer face ao aumento dos custos de cuidados de saúde e ao problema da disparidade na oferta e prestação de cuidados (OCDE, 2006), a necessidade de introduzir a obrigatoriedade do seguro de saúde fazia parte da agenda política (OFAS, 2013). Tais preocupações levaram, em 1994, à implementação da nova lei federal sobre o seguro de saúde (LAMal) (OCDE, 2006). O seguro de saúde obrigatório, englobava uma ampla oferta de prestações e uma cobertura integral em caso de doença não profissional, com uma

tendência para a uniformização dos prémios, segundo o princípio do controlo das despesas e da adoção de critérios económicos, prevendo favorecer os modelos de seguro que diminuíssem os custos em saúde, aumentassem a participação dos clientes nos custos e melhorassem, não só, a transparência, como também, a rentabilidade dos cuidados de saúde (OFAS, 2013).

A implementação de um seguro de saúde obrigatório foi acompanhada de um aumento da procura dos cuidados de saúde e, em consequência, as despesas em saúde pública aumentaram, tendo as seguradoras de saúde limitado as prestações reembolsadas e aumentado as participações dos seus clientes (OFAS, 2013).

- **2007-2014**

Com o intuito de colocar fim à concorrência das seguradoras para conseguirem os “melhores riscos” (OFAS, 2013) surgiram várias iniciativas políticas em relação ao seguro de saúde obrigatório, as últimas em 2007 e 2014, que pretendiam substituir as seguradoras privadas por uma única seguradora pública nacional, sempre rejeitadas pela população em referendos.

Atualmente, o sistema de saúde continua a ter por base a lei federal de 1981 sobre o seguro de acidentes obrigatório e a lei federal de 1994 sobre o seguro de saúde obrigatório. As seguradoras seguem as normas definidas pela LAMal, diferenciando o seguro de saúde de base de outros complementares para uma maior transparência com o cliente, respeitando o sistema de compensação de riscos, uniformizando o valor do montante dos prémios dentro das variações permitidas e respeitando a livre escolha da seguradora de saúde pelo cliente. O cliente no final de cada ano civil, tem direito a mudar de seguradora desde que respeite as normas de rescisão do contrato e, somente, em caso de incumprimento do pagamento dos prémios a seguradora pode rescindir contrato (OCDE, 2011).

Em suma, uma das particularidades do financiamento do sistema de saúde continua a ser o seguro de saúde obrigatório, fornecido pelas seguradoras de acordo com os termos previstos na lei, sendo sensivelmente, um terço financiado pelos prémios do seguro de saúde obrigatório, baseados principalmente nos riscos coletivos e não nos rendimentos dos clientes, sendo o montante do prémio fixado segundo uma tarifa uniforme. Os cantões continuam a ter (...) *uma função importante no financiamento, organização e prestação dos cuidados de saúde* (OCDE, 2011, p. 25).

1.2. Financiamento em Saúde em Portugal e na Suíça

Neste subcapítulo pretende-se descrever os modelos de financiamento dos sistemas de saúde existentes, mais particularmente os modelos adotados em Portugal e na Suíça, que apesar de terem seguido modelos diferentes têm em comum a problemática de como garantir a sustentabilidade de um sistema de saúde com qualidade e equidade.

Segundo Barnum et al. (1995) e Vertrees (1998) a forma como cada país, define o tipo de financiamento da saúde, tanto na obtenção dos seus recursos, como na distribuição dos mesmos, tem um grande impacto no comportamento das diferentes instituições e atores (hospitais, gestores, profissionais de saúde, clientes ou seguradoras), tornando-se, tal como refere Bentes (1998), num autêntico impulsor da sua performance (Costa et al., 2008).

Ao nível micro, também, o modo de financiamento das organizações prestadoras de cuidados de saúde influencia as suas decisões estratégicas e operacionais e a capacidade para se atingir os objetivos do sistema de saúde, pois dele depende a capacidade económico-financeira e a sustentabilidade (Costa et al., 2008).

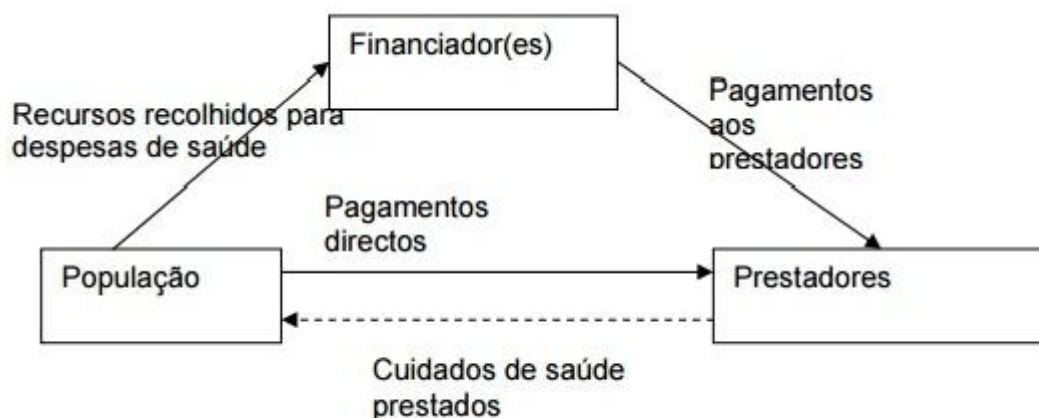
O financiamento da saúde consiste na organização de fontes de captação de fundos junto da sociedade com o intuito de fazer face às despesas com cuidados de saúde (Simões et al., 2007). O facto de existirem entidades que asseguram a proteção contra a imprevisibilidade do montante e o momento da necessidade destes cuidados permite que a captação de fundos possa ser realizada de diferentes formas (Simões et al., 2007).

De um modo simples, segundo Simões et al. (2007) num sistema de saúde os fluxos financeiros circulam entre três tipos de entidades: a população, os financiadores e os prestadores de cuidados de saúde.

Como podemos observar na figura 1,

Os cuidados de saúde prestados à população são pagos por duas grandes vias: pagamento realizado pela população no momento de consumo (podendo este ser eventualmente inexistente) e pagamento realizado pelos “financiadores” por conta dos cuidados prestados. Este último pagamento assenta numa prévia captação de fundos junto da população. É a captação de fundos que constitui o “financiamento” do sistema de saúde. Dentro desta descrição genérica incluem-se os diversos sistemas existentes, como o financiamento por impostos, o seguro social ou o prémio de seguro privado, podendo a entidade financiadora ser, respectivamente, o Estado, fundos de doença ou companhias seguradoras. (Simões et al, 2007, p. 16)

Figura 1: Os fluxos financeiros no sistema de saúde



Fonte: Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007, p. 16

1.2.1. Modelos de financiamento em saúde

Os atuais sistemas de saúde desenvolveram-se a partir de dois grandes modelos associados a Bismarck, na Alemanha, nos finais do século XIX, e a Beveridge, no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial, fazendo com que empregadores e empregados descontem para seguros de saúde (Simões et al, 2007).

O Modelo de Bismarck, desenvolvido pelo Chanceler Bismarck na Alemanha, defendia o acesso universal sustentado no esforço contributivo dos salarizados e dos empregadores. Tal como refere Simões (2004), a Alemanha implementou, em 1883, uma lei inovadora em todo o mundo, um modelo de segurança social imposto pelo Estado (Diniz, 2013). Este sistema, descentralizado, direcionado para os trabalhadores das minas, transportes, construção e indústria foi considerado inovador, uma vez que tornou a contribuição por parte dos empregadores obrigatória (Simões et al, 2007), sendo mais tarde alargado a trabalhadores com rendimentos mais elevados. O sistema suíço teve por base este modelo.

Posteriormente, em 1942, na Inglaterra, surgiu o Modelo de Beveridge baseando-se em quatro princípios básicos: acesso universal, inclusão de tratamento a todos os níveis de cuidados, gratuidade e financiamento com base no orçamento geral do Estado. Assenta num sistema público, financiado por impostos, em que o direito à saúde é independente do trabalho e do emprego (Escoval, 2003). Modelo que serviu de base ao Serviço Nacional de Saúde, adotado por Portugal.

De acordo com Escoval (2003), na década de 1980 as características predominantes dos sistemas de saúde europeus, tal como a universalidade de acesso, a existência de um fundo público de financiamento, através de recursos fiscais ou ampliação do seguro social, a gratuitidade de utilização e a inexistência de mecanismos de copagamento, tiveram um impacto negativo na despesa gerando vários problemas de eficiência, levando os países a recorrer a novas combinações das características dos modelos de Bismark e de Beveridge, para fazer face a esta situação. Pois, tal como refere Diniz (2013, p. 6).

“Os modelos de sistemas de saúde que hoje existem nos países da OCDE decorrem, em larga medida, das respostas que os governos e a sociedade foram encontrando para alcançar objetivos sociais, em particular a melhoria dos ganhos em saúde. A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e as reformas implementadas em muitos países são hoje o resultado de alterações significativas nas políticas para responder às expectativas de cidadãos, cada vez mais exigentes nos níveis de qualidade e conscientes dos seus direitos (enquanto cidadãos, contribuintes e utentes), e às dificuldades dos governos confrontados com o ritmo crescente e preocupante dos gastos em saúde, num contexto de severas restrições orçamentais.”

Assim sendo, pode-se identificar, nos países da OCDE, três modelos de financiamento de saúde:

- 1) O sistema de seguro privado, que segundo Campos e Simões (2011) e Simões (2004) tem como objetivo cobrir os riscos de saúde de base, sendo os prémios fixados de acordo com as características do risco (Diniz, 2013). Segundo os mesmos autores, em alguns países da OCDE, os dispositivos privados desenvolvem a função de complemento do sistema de saúde público podendo, a população, subscrever um seguro privado complementar para cobrir o copagamento exigido pelo sistema público, para beneficiar de tratamento privado, ou para encontrar resposta para riscos não cobertos pelo seguro público (Diniz, 2013).
- 2) O sistema de seguro social, obrigatório e universal que segundo (Simões et al. (2007) e Campos e Simões (2011), funciona no âmbito de seguradoras, normalmente, geridas por entidades sociais e submetidas à supervisão de organismos públicos, sendo de adesão obrigatória para quem cumpre os requisitos de cobertura (Diniz, 2013). De acordo com os mesmos autores, estas seguradoras, direcionam-se para uma profissão, um setor de atividade, um grupo religioso, ou uma base geográfica (Diniz, 2013).
- 3) O financiamento por imposto, em que a gestão institucional de um serviço nacional de saúde é pública, contudo, a prestação pode ser pública ou, como acontece, cada

vez mais, contratualizada (Simões et al., 2007). Segundo o mesmo autor este sistema pode-se organizar de dois modos:

- Integrado - em que o financiamento e a prestação são assegurados por um único organismo público que recebe do orçamento do Estado verbas;
- Contratualizado - em que a prestação de cuidados de saúde é realizada por serviços estatais ou por entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomos.

Neste tipo de modelo, em que o financiamento é realizado por via dos impostos gerais, a contribuição para a saúde tende a ser progressiva, dado que os indivíduos com elevados rendimentos pagam proporcionalmente mais, com o intuito de assegurar a redistribuição entre os diferentes níveis de rendimento e de saúde (Simões et al., 2007).

Nos vários países, apesar do seguro público constituir a fonte de financiamento dominante, tem-se verificado que os pagamentos directos das famílias têm, ainda assim, um peso significativo nas despesas com saúde (Simões et al., 2007).

No que concerne à sua natureza, o financiamento pode ser de natureza retrospectiva ou prospetiva, associando diferentes modalidades de pagamento, que definem a forma como os recursos financeiros vão ser atribuídos às instituições, pelos serviços a prestarem, sendo que a diferentes modalidades de pagamento estão associados riscos e incentivos distintos (Nunes, 2012), no que diz respeito à quantidade, à qualidade e ao mix dos serviços prestados, dependendo a sua eficiência do contexto socioeconómico e institucional (Costa et al., 2008).

- **Financiamento retrospectivo**

A primeira forma de financiamento retrospectivo, aplicada em vários países industrializados até aos anos 80-90, consistiu, na reposição dos custos incorridos pelos prestadores, sendo a base do pagamento a despesa histórica decorrente do tratamento dos doentes nos anos anteriores, não existindo uma relação direta entre o financiamento, a produção e o desempenho, tratando-se de um modelo tendencialmente desmotivante e, consequentemente, ineficaz (Costa et al., 2008), podendo potencializar o aumento dos gastos, uma vez que não representa qualquer ganho nem risco para o prestador.

Neste tipo de sistema, baseado na reposição de custos, tal como refere Ellis e McGuire (1986) ocorre muitas das vezes um excesso de prestação de cuidados, uma vez que o

hospital e os clientes partilham um mesmo interesse, o hospital para a obtenção de mais-valias e o cliente mais benefícios (Nunes, 2012).

- **Financiamento prospetivo**

Segundo Bentes (1998) e Carvalho (2010), o pagamento relaciona-se com o nível de produção, ou seja, com a atividade desenvolvida, sendo previamente fixado o tipo, volume e preço dos serviços a prestar, associando-se uma filosofia de racionalidade que é um incentivo à eficiência técnica, à contenção dos custos e à prevenção da doença, através do risco que é imposto pelos financiadores. Contudo, este não está isento de críticas, sendo apontadas como algumas desvantagens, menor qualidade de atendimento, desmotivação, incentivo à sub-prestação de cuidados e à seleção dos clientes mais rentáveis (Nunes, 2012).

Ambos os modelos podem dar origem a efeitos benéficos e adversos, constatando-se que a principal tendência é a escolha de sistemas de pagamento segundo o desempenho, responsabilizando a gestão pelos resultados (Barros e Gomes, 2002), pois um sistema de pagamento ideal deve incentivar os prestadores a prestar serviços de qualidade, dando resposta às necessidades dos clientes com um elevado nível de eficiência técnica (Sousa, 2010).

Segundo Carvalho (2010), para cobrir os custos de produção ao prestador, diversas unidades de pagamento podem ser utilizadas no desenvolvimento deste tipo de sistemas:

- 1) Pagamento ao ato – o financiamento é realizado de acordo com o número de atos, sendo o prestador remunerado por cada ato realizado, consistindo o pagamento total no somatório dos atos prestados (Nunes, 2012). Médici (2002), refere que este modelo incentiva a produtividade e permite uma maior flexibilidade na prestação (Nunes, 2012). Como desvantagens há a referir que o incentivo à produtividade aumenta os custos totais e desincentiva a promoção da saúde, ocorrendo, também, um aumento dos custos associados à necessidade de controlo, fiscalização e regulação entre atos registados e atos efetivamente realizados (Nunes, 2012).
- 2) Pagamento por diária de internamento – a remuneração ao prestador é realizada de acordo com o número de dias que o cliente esteve hospitalizado. Este modelo, potencia admissões que poderiam ser, eventualmente, evitáveis, fazendo aumentar

o tempo médio de internamento com vista à obtenção de dividendos (CRES, 1998, citado por Nunes, 2012).

- 3) Pagamento por episódio – segundo CRES (1998), consiste na remuneração de uma quantia fixa por cada doente pertencente a um Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), agrupando-se neste sistema de classificação de doentes uma série de casos clinicamente homogéneos e atribuindo-se respetivamente uma tarifa, segundo o pressuposto de que entre os diversos hospitais os recursos distribuídos para o mesmo tratamento tenham custos semelhantes (Nunes, 2012).

Barnum et al (1995) referem que nesta metodologia de pagamento existe um incentivo à contenção de custos por caso, potencializando-se uma produção mais eficiente e mais custo-efectiva, contudo, nem sempre, os preços a ser pagos por cada GDH refletem, com rigor, o consumo real caso a caso, podendo alguns dos GDH ser subfinanciados e outros sobrefinanciados (Nunes, 2012). Segundo os mesmos autores, o incentivo à codificação de clientes em categorias associadas a uma melhor remuneração e à seleção de doentes com menores custos de produção associados é o principal inconveniente (Nunes, 2012).

- 4) Pagamento por orçamento global – consiste no pagamento prévio ao prestador de uma quantia global e limitada por um período de tempo, destinada a cobrir as despesas hospitalares, sendo o prestador detentor de uma grande flexibilidade nas suas decisões clínicas podendo alocar os recursos ao longo das linhas de produção (ex. serviços) conforme as necessidades, e responsabilidade na utilização dos recursos financeiros, pelo que, a nível de contenção de custos é considerado bastante eficiente, no entanto pode levar a uma diminuição na qualidade de atendimento aos clientes (Aas, 1995). Segundo o mesmo autor, a forma como o orçamento é determinado tem particular importância no que diz respeito à eficiência, podendo ser determinado baseando-se na despesa histórica, ou num modelo de capitação.

- 5) Capitação - pressupõe a atribuição de um valor global por cada indivíduo cuidado. Esta unidade de pagamento, tal como refere Bentes (2003), coloca o prestador em grande risco relativamente ao conjunto de serviços prestados criando, assim, fortes incentivos para racionalizar a sua utilização e apostar na prevenção da doença, em alternativa à prestação de cuidados diferenciados que são mais dispendiosos (Carvalho, 2010).

A este modelo , tal como refere a CRES (1998) está associada uma necessidade de fidelização de clientes e, conseqüentemente, um possível

(...) aumento nos custos incorridos, provocados por uma sobre prescrição exagerada de medicamentos e/ou exames complementares de diagnóstico (medidas bem vista e aceites pelo cidadão comum) uma vez que existe a possibilidade dos cidadãos mudarem de prestador. Uma vez que a cada cidadão está associado uma determinada quantia, a uma diminuição na lista de inscritos corresponde uma penalização nos honorários (Nunes, 2012, p.18).

No que respeita ao financiamento dos hospitais, uma das problemáticas na discussão de sistemas contratuais de pagamento diz respeito à exigência de altos níveis de qualidade e à redução de custos por parte da gestão hospitalar. Assim, por parte das entidades pagadoras tem-se verificado, tal como refere Nunes (2012), a adoção de modelos de financiamento que combinem diferentes unidades e fortes medidas de regulação, uma vez que a diferentes modalidades correspondem incentivos divergentes, tendo em vista a mitigação das desvantagens associadas às diferentes metodologias de financiamento.

1.2.1.1. Modelo de financiamento português

O financiamento da saúde realiza-se através da contribuição via impostos, pagos pelos indivíduos e pelas empresas de acordo com o rendimento e a despesa, sendo uma contribuição compulsória e a principal fonte de fundos do SNS (Simões et al., 2007).

Quando o SNS português foi criado, o objetivo era de que a sua cobertura devia ser universal, não havendo espaço para um seguro alternativo, ou seja, possibilidade de opting-out do seguro público. No entanto, a Lei das Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993, através do estabelecimento de protocolos, criaram a possibilidade da privatização de partes do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de um seguro alternativo de saúde (Garrido, 2012, p. 56),

sendo este considerado, atualmente, como um seguro complementar, continuando a não existir a possibilidade de opting-out.

Como refere Simões et al. (2007) apesar da abrangência formal e tendencialmente gratuita da cobertura fornecida pelo SNS, constata-se que os pagamentos diretos das famílias apresentam um peso significativo no financiamento privado do setor da saúde e que existe uma considerável quantidade de cuidados médicos consumidos pelos cidadãos que

ultrapassam esta cobertura, sendo também agentes no financiamento os seguintes subsistemas:

- subsistemas públicos de saúde: contribuições realizadas segundo o escalão de rendimento dentro do grupo profissional envolvido;
- subsistemas privados de saúde: contribuições realizadas segundo o escalão de rendimento e compulsórias para os trabalhadores da empresa ou grupo de empresas envolvidos.

Ao longo dos anos, tem-se vindo a verificar que o mercado de seguros voluntários, que inclui os contratos de saúde, de base voluntária, que implicam o pagamento de um prémio de seguro de acordo com o risco individual ou de grupo, tem registado uma grande expansão baseada na complementaridade e suplementaridade dos seus produtos em relação ao SNS e, também numa concentração em produtos de cobertura básica (Simões et al., 2007).

Em conclusão, apresenta-se o quadro abaixo (Quadro 2) que faz referência, de forma resumida, ao exposto anteriormente sobre a cobertura dos subsistemas públicos, privados e seguros voluntários e as respetivas contribuições no financiamento do Sistema de Saúde Português.

Quadro 2: Acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos, privados e seguros voluntários

	Subsistemas públicos	Subsistemas privados	Seguros voluntários
Acesso	Base ocupacional (protecção social dentro do sector público)	Base ocupacional	Base individual (ou de grupo, via empresa privada)
Financiamento	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento Financiamento directo e indirecto do Estado (transferências OE e benefícios fiscais)	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento Financiamento da empresa Financiamento directo do Estado (transferências <i>opting-out</i>) e indirecto (benefícios fiscais)	Contribuição individual voluntária baseada no risco Financiamento indirecto do Estado (benefícios fiscais)
Exemplo de entidades	ADSE	PT, CTT, SAMS	Multicare, Medis

Fonte : Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007

Após a descrição das diferentes contribuições para o financiamento da saúde, importa conhecer a evolução dos modelos de financiamento hospitalar .

Até 1974, o setor da saúde vivia com grandes limitações, onde se destacavam as misericórdias como instituições prestadoras de cuidados, ocorrendo em 1974 a grande revolução que ditou o fim da ditadura e a criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e gratuito.

Até 1980, tal como refere Bentes (2003), o financiamento hospitalar do SNS em Portugal, era realizado segundo um modelo de pagamento retrospectivo, baseado na despesa histórica, sendo o Estado o principal protagonista na prestação e no financiamento de cuidados de saúde, não existindo um incentivo ao controlo dos níveis de consumo, o que levou a um aumento significativo de despesa pública, de tal modo, que entre 1981 e 1990, ocorreu a transição para o sistema de financiamento prospetivo através da implementação de orçamentos hospitalares, para um maior controlo da despesa pública no setor da saúde e uma utilização mais eficiente dos recursos (Carvalho, 2010). Neste período, com a integração de Portugal na Comunidade Europeia vivenciou-se um ciclo de crescimento económico, sendo atribuída a autonomia administrativa e financeira aos hospitais do SNS (Silva, 2015).

Entre 1990 e 1997 foi, progressivamente, introduzido o pagamento hospitalar prospetivo por GDH, sendo este (...) *um Sistema de Classificação (...) que permite caracterizar os “produtos” dos Hospitais, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe, em função da patologia e como parte do processo de tratamento definido pelo médico*” (Ministério da Saúde, 2008 p. 5). Segundo Rego (2008), este sistema é determinado através de uma componente com base na despesa histórica e outra ajustada pela produção, tendo em conta os GDH e os preços-base em função dos agrupamentos hospitalares considerados (Carvalho, 2010).

Bentes (2003) afirmou que este sistema de classificação é um incentivo à eficiência, uma vez que transfere o risco financeiro dos pagadores para os prestadores, introduzindo critérios mais objetivos e racionais de afectação das verbas, do SNS, aos hospitais (Carvalho, 2010).

Em Portugal, segundo Santana (2006) e Rego (2008), verificou-se que o impacto dos GDH no desempenho dos hospitais não foi o previsto, dado que os orçamentos são abertos e existem subsídios extraordinários para os hospitais que apresentem uma menor eficiência não estando o sistema de pagamento e a estrutura organizacional ajustados de forma adequada (Carvalho, 2010).

Entre 1996 e 2002 iniciou-se uma reforma com o projeto “Serviço Nacional de Saúde XXI”, em que um dos objetivos era conjugar o binómio “responsabilização na gestão/flexibilização das organizações” (Sakellarides et al., 2005), visando a implementação de novos mecanismos, como agências de contratualização, centros de responsabilidade integrados e de remunerações segundo o desempenho e sistemas de qualidade (Ministério da Saúde, 2011; OPSS, 2003, citado por Silva, 2015).

Em 2002, dado o contexto problemático do setor da saúde com as elevadas listas de espera cirúrgicas e utilização excessiva das urgências dada a ineficiência dos cuidados de saúde primários e a insatisfação generalizada dos clientes e profissionais de saúde (Barros e Simões, 2007), o ministério da saúde procedeu a inúmeras reformas, sendo desenvolvido um modelo público contratual em que as diversas entidades atuavam de forma integrada (OPSS, 2003, citado por Silva, 2015).

No mesmo período, implementou-se um novo regime jurídico da gestão hospitalar (Quadro 3), numa lógica de complementaridade definindo-se, segundo Moreira (2004) e Reis (2011), uma nova rede de prestação de cuidados de saúde composta pelos Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), Hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE), Hospitais Sociedade Anónima (SA) e estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos, sendo o SNS livre de realizar as suas escolhas, tanto no setor público como no privado (Silva 2015).

Quadro 3: Regime jurídico hospitalar

SPA (desde 1988)	<i>“As regras de gestão financeira seguem essencialmente as regras de direito público consagradas na contabilidade pública e o financiamento provém maioritariamente do Orçamento de Estado”</i> (Reis, 2011, p.36).
SA (2003-2005)	<i>“A gestão do hospital é fundamentada em contratos-programa previamente negociados entre a ACSS e a administração do hospital”</i> (Reis, 2011, p.38).
EPE (desde 2006)	<i>“O hospital EPE dispõe de autonomia financeira sendo tutelado pelos Ministérios das Finanças e da Saúde. (...) A gestão é baseada em contratos orçamento-programa negociados entre a tutela, representada pela respectiva ARS e o hospital”</i> (Reis, 2011, p.40).

Fonte: Elaborado pelo autor

Na mesma altura, verificou-se, também, a implementação de um novo mecanismo de provisão e contratação da prestação de cuidados públicos de saúde, através do programa de Parcerias Público Privadas (PPP) com o intuito de partilhar, mutuamente, benefícios e

riscos entre entidades públicas e privadas e, consequentemente, obter melhores serviços, assentando nos princípios de planeamento, financiamento, controlo e titularidade pública e investimento e gestão privada (Simões, 2004).

Com a empresarialização do setor hospitalar foi iniciado o modelo de contratualização com os hospitais que assenta na realização de um Contrato-Programa entre a entidade contratadora, o Estado (através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e ARS) e as entidades prestadoras de cuidados de saúde aos clientes do SNS, sendo definidos objetivos de produção, de qualidade e eficiência que possibilitam aferir o desempenho das unidades e equipas de gestão (Ministério da saúde, 2008).

Nos contratos-programa existe uma explícita separação entre o pagador e o prestador de serviços, havendo a definição das quantidades a contratar por linha de produção (calculadas de acordo com o realizado no final do exercício financeiro do ano anterior), o plano de desempenho, os preços a praticar, os limites à produção marginal, os objetivos a atingir e os indicadores para a avaliação de desempenho, ocorrendo penalizações, caso o contrato não seja respeitado (Nunes, 2012), existindo assim um sistema de incentivos e monitorização do desempenho.

A separação financiador-prestador apresenta conhecidas vantagens, nomeadamente o facto de incentivar a flexibilidade e competição do lado da oferta e desse modo, a eficiência na prestação de cuidados (Garrido, 2012, p. 70).

Mais recentemente, segundo Lorenzo (2008), para dar resposta às pressões financeiras, verificou-se a inclusão do financiamento hospitalar por capitação, tornando-se esta, uma das estratégias utilizadas como forma de conter os gastos e distribuir os custos em saúde de forma mais racional e previsível (Carvalho, 2010). O modelo de capitação, em Portugal, foi adotado na prestação de cuidados de saúde primários, em que a ACSS, entidade pagadora, distribui uma quantia monetária por cliente a cada uma das ARS, com o intuito de transferir o risco para os prestadores, responsabilizando-os financeiramente pelos cuidados de saúde (Costa et al, 2008). Assim,

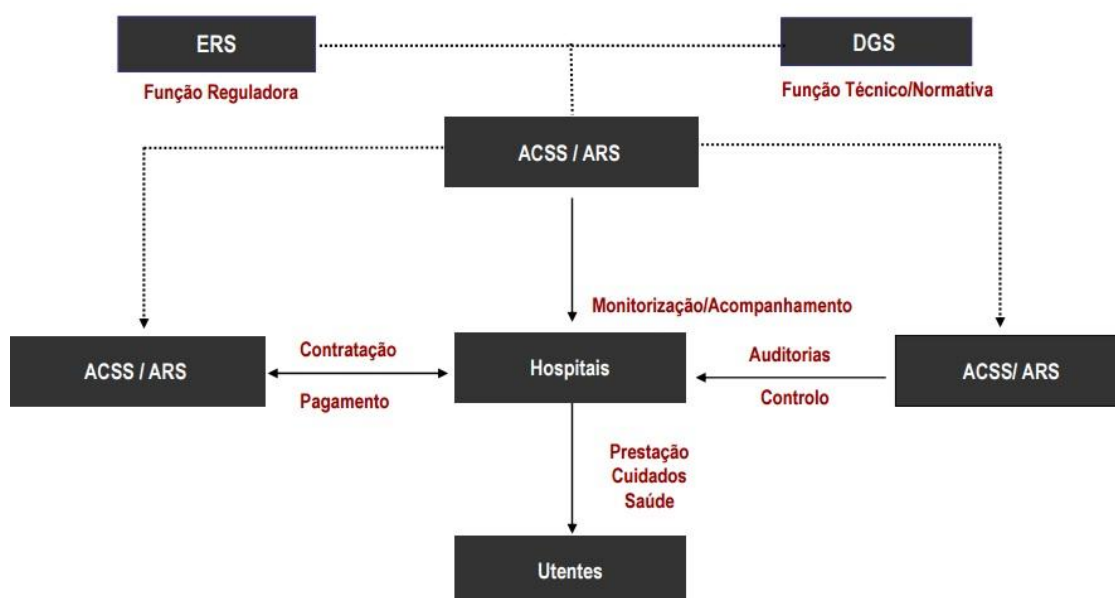
(...) a atual metodologia pressupõe a definição de um valor capitolacional a distribuir pelas regiões de saúde. A distribuição de recursos financeiros às regiões de saúde foi definida com base nas características da população sob a responsabilidade de cada região, considerando para o efeito, as necessidades específicas da população, as determinantes da despesa em internamento e ambulatório e o fluxo inter-regional de doentes (Garrido, 2012, p.78).

Na reforma da gestão hospitalar a empresarialização do setor hospitalar constituiu uma peça fundamental e assentou nos seguintes princípios: realização de contratos-programa entre o Estado e os hospitais; linhas de atividade agrupadas por cuidados e serviços com um custo ajustado e contratação de uma quantidade de produção de acordo com a capacidade, possibilitando cobrir os custos fixos do hospital e a produção marginal remunerada até um dado limite (Diniz, 2013).

Verifica-se, assim, que o financiamento do SNS é constituído por diferentes modelos e uma grande heterogeneidade de prestadores, pelo que para dar resposta a tal situação, em 2013, foi constituída a Entidade Reguladora de Saúde (ERS), com o objetivo de regular e supervisionar o funcionamento e atividade dos mesmos, principalmente, no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais, níveis de qualidade e direitos dos clientes (Diniz, 2013).

Após a descrição dos diferentes atores no SNS, procede-se a uma representação esquemática (Figura 2), para melhor compreender a sua organização e inter-relações.

Figura 2: Organização do SNS



Fonte: Ministério da Saúde, 2008, p.57

Segundo a OCDE (2015), de acordo o regime jurídico de gestão hospitalar, em 2015, faziam parte do SNS seis hospitais SPA, 38 hospitais EPE e quatro hospitais PPP, (Silva, 2015). De modo geral, segundo Garrido (2012), o regime jurídico define a natureza do financiamento. Assim sendo, as entidades EPE caracterizam-se por ter um financiamento de natureza

prospetiva baseado na produção efetiva, as entidades SPA por um financiamento de natureza retrospectiva baseado em custos históricos e o financiamento das ULS é atribuído segundo o sistema de pagamento por capitação (Garrido, 2012). Dado o elevado número de instituições EPE no país, verifica-se que o modo de financiamento predominante assenta num modelo prospetivo baseado na produção efetiva (Garrido, 2012).

Atualmente, o sistema de saúde português é então composto pelo SNS, pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados, pelo setor segurador, e pelo setor privado puro, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos (Garrido, 2012, p.58).

1.2.1.2. Modelo de financiamento suíço

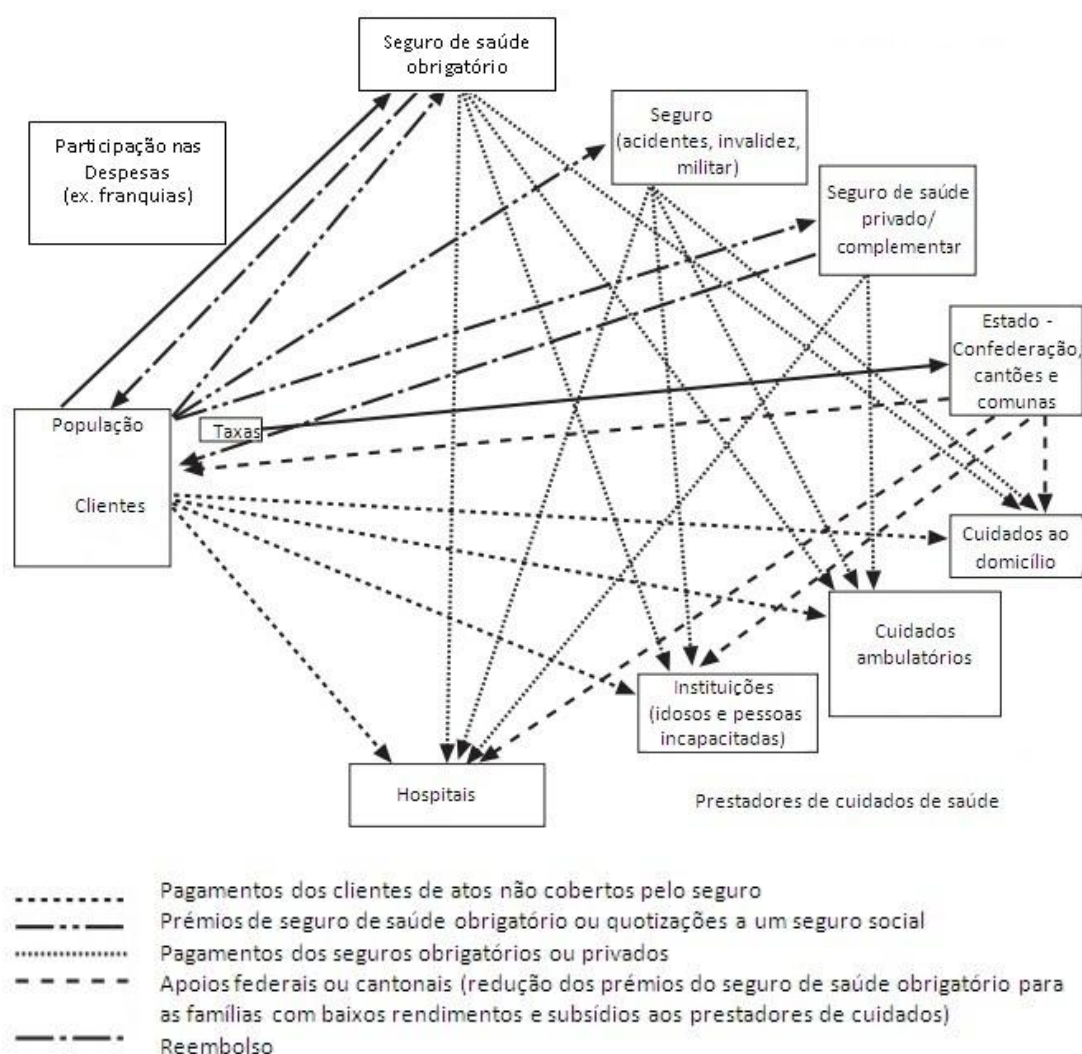
Na prática, o sistema de saúde Suíço é o resultado do compromisso realizado através de negociações entre atores com diferentes interesses (Herrmann et al., 2001), sendo considerado um sistema complexo com diferentes fluxos financeiros entre diferentes atores (Figura 3).

Para um melhor compreensão importa conhecer as entidades ativas nestes fluxos financeiros. De forma geral, Herrmann et al. (2001), refere que o sistema de saúde Suíço pode ser distinto segundo os seus atores:

- 1) os clientes – razão da existência de todo o sistema desempenhando os seguintes papéis: de eleitor (participam na escolha das políticas que definem o sistema de saúde), de contribuinte e de cliente, desempenhando um papel importante no financiamento do setor da saúde, através dos impostos e pagamento dos prémios do seguro de saúde;
- 2) os prestadores – prestação de cuidados de saúde de qualidade;
- 3) as seguradoras – têm como função fixar o montante das quotizações, receber o prémio dos clientes, reembolsar uma parte das despesas e constituir reservas. Negoceiam, também, as convenções das tarifas e controlam as prestações de cuidados, através de pedidos de justificação de informação;
- 4) o Estado – exerce a função de regulador entre os parceiros, assegurando o acesso aos cuidados de saúde de qualidade e, também, uma parte do financiamento do sistema de saúde. Ao nível cantonal, exerce a função de controlador e subvenciona

uma grande parte dos hospitais, cuidados ao domicílio e prémios das pessoas com baixo rendimento garantindo, assim, a acessibilidade aos cuidados. Todas as atividades são regulamentadas por leis sanitárias cantonais que podem ser próprias de cada cantão.

Figura 3: O sistema de saúde suíço – fluxos financeiros

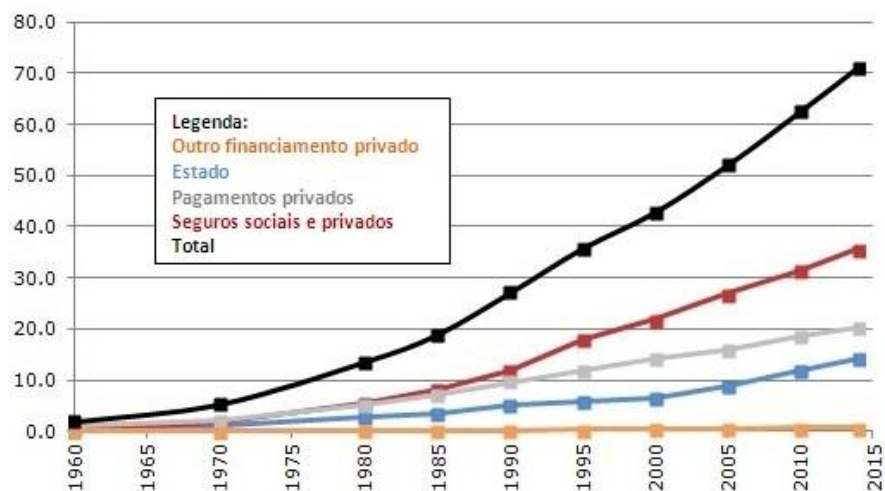


Fonte: OCDE (2006)

Os agentes económicos (Gráfico 2) desempenham um papel ativo no financiamento do sistema de saúde.

Gráfico 2: Evolução dos custos do sistema de saúde, segundo os agentes financiadores (em bilhões de euros)

Biliões de euros



Fonte: OVS, 2016

OVS (2016) descreve os diferentes agentes financeiros que contribuem para o financiamento do sistema de saúde Suíço da seguinte forma:

- 1) Estado - constituído pelo governo federal, os cantões e as comunas
- 2) Seguro social - do qual, neste contexto, fazem parte os seguros de saúde de base obrigatória, os seguros de acidente, os seguros de velhice e de sobrevivência, os seguros de invalidez e os seguros militares;
- 3) Seguros privados – compreendem os seguros complementares dos seguros de saúde de base;
- 4) Pagamentos privados – correspondem ao custo das prestações que não são cobertas pelos seguros sociais ou privados, bem como as participações ou despesas pagas às seguradoras, por exemplo a franquia.
- 5) Outro financiamento privado – corresponde ao financiamento privado das organizações sem fins lucrativos como, por exemplo, sob a forma de doação.

Através da análise do gráfico, verifica-se a acentuada evolução dos custos totais do sistema de saúde e a importância dos seguros sociais e privados no financiamento do sistema de saúde.

No contexto do sistema de saúde Suíço, as seguradoras de saúde têm um grande peso tendo, desde o início dos anos 60, tentado obter um aumento considerável nas subvenções por parte do estado. Entre 1966 e 1976, as subvenções da confederação às seguradoras de saúde aumentaram progressivamente, de 193 milhões para 795 milhões de francos, e as

contribuições dos clientes tiveram uma ligeira diminuição de 68,3% para 67% (OFAS, 2013). Contudo, esta situação não perdurou no tempo, pois nos meados dos anos 70, a economia entrou em resseção e houve uma diminuição dos benefícios fiscais, tendo o estado limitado as despesas respeitantes às subvenções das seguradoras de saúde e, conseqüentemente, os clientes foram obrigados a aumentarem a sua participação nos seguros de saúde através do aumento da franquia (OFAS, 2013).

Posteriormente, entre 1980 e 2000, verificou-se que a participação do estado nas despesas de saúde diminuiu de 19% para 15% e a despesa das seguradoras de saúde passou de 40% para 50% (OFAS, 2013).

Desde 1980, o sistema de saúde hospitalar Suíço, sofreu grandes alterações. As estruturas modificaram-se, o número de camas no hospital e a duração do tempo de internamento diminuíram, o número de tratamentos em ambulatório aumentou, tendo o setor da saúde pública se transformado num dos setores económicos mais importantes (Undritz et al. 2005).

No início de 1996 entrou em vigor a LAMal que provocou, ainda outras alterações nas estruturas hospitalares, ocorrendo uma nova planificação hospitalar, o que permitiu a fusão de hospitais com o intuito de aumentar as suas competências e as capacidades de resposta às necessidades dos clientes (Undritz et al. 2005). Os mesmos autores, referem que em paralelo, surgiu uma diferenciação nos níveis de direção política, estratégica e operacional dos hospitais, adotando, estes, formas jurídicas autónomas (Quadro 4).

Esta questão da forma jurídica tem um papel relevante quando se pretende aumentar a concorrência no meio hospitalar, pois a flexibilidade e a independência que as instituições necessitam estão dependentes do regime jurídico (Christen et al., 2013).

Quadro 4: Principais formas jurídicas dos hospitais na Suíça

Entidade de direito público	<i>“Organização administrativa com um conjunto de recursos sustentáveis alocados à execução de um tarefa específica”</i> (Secrétariat du Grand Conseil, 2012, p. 3), regulamentada pelas normas jurídicas de natureza pública.
Fundação de direito público	<i>“Dotada de personalidade jurídica, visa a alocação de bens a uma finalidade de direito público sobre a supervisão do estado, município ou de outra instituição pública”</i> (Secrétariat du Grand Conseil, 2012, p. 3).
Sociedade Anónima	<i>“Constituída por uma razão social, detentora de um determinado capital social dividido em ações e incorre dívidas que são garantidas apenas pelos seus ativos corporativos.(...) De fato, a sociedade anónima é basicamente projetada para operar uma empresa comercial de um certo tamanho, exigindo capitais e envolvendo também grande risco”</i> (Ferrari, 2000, p. 20).
Fundação Privada	<i>“Corporação organizada corporativamente, perseguindo fins não lucrativos, mas que pode operar uma empresa comercial”</i> (Ferrari, 2000, p. 23).

Fonte: Elaborado pelo autor

Outro facto importante foi a implementação de uma estrutura tarifária uniforme no setor médico, em 2004, designada Tarmed (...) *para faturar as prestações médicas ambulatoriais fornecidas nos gabinetes médicos e nos hospitais de toda a Suíça.* (Contrôle fédéral des finances, 2010, p. 1). A legislação em vigor sobre a LAMal exigia que as tarifas e os preços fossem negociados através de um contrato entre os fornecedores de prestações e as seguradoras segundo o princípio de equidade e de rentabilidade, sendo posteriormente aprovado pelo conselho federal (Contrôle fédéral des finances, 2010). A Tarmed veio substituir as 26 estruturas tarifárias respeitantes a cada cantão, tendo sido considerada uma das estruturas mais detalhadas com 4300 prestações e tarifas diferentes (Contrôle fédéral des finances, 2010).

Em 2007, o parlamento adotou a revisão parcial da lei do seguro de saúde, sendo uma das maiores reformas vividas pelo sistema de saúde Suíço. Esta reforma foi realizada com o intuito de melhorar a transparência dos serviços e dos custos hospitalares, favorecendo a flexibilidade empresarial dos hospitais, uma vez que o conceito de competição relativamente à qualidade deve estar sempre presente no setor da saúde com o objetivo de reduzir os custos (Christen et al., 2013).

A revisão da LAMal (2007) modificou as regras de financiamento dos hospitais, bem como a repartição dos encargos entre os diferentes agentes financeiros (Quadro 5).

Quadro 5: Financiamento dos hospitais na Suíça após a reforma LAMal de 2007

	Cliente com seguro obrigatório de base ou complementar num “hospital registado”	Cliente com seguro complementar num “hospital convencionado”	Cliente com seguro complementar num “hospital não convencionado”
Despesas de exploração, inclusive investimentos	55% ao encargo do cantão	Ao encargo do seguro complementar ou do cliente	Ao encargo do seguro complementar ou do cliente
	45% ao encargo do seguro de saúde obrigatório de base	no máximo 45% ao encargo do seguro de saúde obrigatório de base	
Prestações suplementares do cliente semi-privado ou privado	Ao encargo do seguro complementar ou do cliente	Ao encargo do seguro complementar ou do cliente	Ao encargo do seguro complementar ou do cliente

Adaptado : Christen et al., 2013, p.17

A repartição dos custos passou a ser influenciada pelo diferente modelo de financiamento dos hospitais e pela nova repartição de custos associados às prestações de cuidados (Pellegrini e Roth, 2015). As despesas passaram a ser divididas entre os cantões e as seguradoras (Frick e Rössler, 2003; Christen et al., 2013).

Antes da revisão da LAMal e consequente introdução do novo financiamento, os hospitais privados, ao contrário dos hospitais públicos não beneficiavam de uma contribuição cantonal. Tal, incitava-os a se distinguirem no mercado pela qualidade para cativar os clientes com seguros de saúde complementares (Christen et al., 2013).

Com o intuito de assegurar um tratamento mais equitativo entre os hospitais privados e os hospitais públicos, o novo regime regulamentar prevê que os hospitais que reúnem as condições para estarem registados na lista dos hospitais cantonais tenham as mesmas condições no que concerne a remuneração dos seus serviços, possibilitando também a

liberdade de escolha por parte dos clientes (Christen et al., 2013). Contudo, para que as prestações sejam suportadas pela LAMal a escolha deve-se restringir aos hospitais registados (os hospitais não registados nesta lista podem ainda realizar um contrato diretamente com as seguradoras, sendo designados “hospitais convencionados” se conseguirem o contrato ou “hospitais não convencionados”, caso não consigam) (Christen et al., 2013).

Assim, o conceito da nova planificação dos hospitais prevê que o cantão atribua um mandato de prestações a cada hospital registado, segundo os grupos de prestação GDH, designados *Swiss Diagnosis Related Groups* (SwissDRG) (Christen et al., 2013). Idealmente, cada hospital deve oferecer a gama de serviços que ele é capaz de propor aos clientes, tendo em conta o ponto de vista económico e a qualidade exigida (Christen et al., 2013). Desta forma, os hospitais são incentivados a realizar uma oferta o mais eficiente possível, com o objetivo de obter o mandato das prestações mais pertinentes do cantão e figurarem, assim na lista de hospitais registados (Christen et al., 2013). Este sistema visa incentivar os hospitais a reduzirem as prestações menos rentáveis, fazendo com que a longo termo cada hospital acabe por fornecer, essencialmente os serviços que pode prestar com qualidade e de forma rentável e que respondam às necessidades do cantão (Christen et al., 2013). Para dar resposta a tal, cada hospital deve fundamentar a sua eficiência através da realização do número mínimo de casos imposto e proceder à apresentação dos custos e dos dados administrativos e médicos para que haja uma planificação das necessidades, baseadas na qualidade e rentabilidade (Christen et al., 2013).

Com esta reforma pretendeu-se clarificar os fluxos financeiros e a distribuição de fundos pelas diferentes prestações que um hospital fornece. Na prática, significou também a passagem do financiamento ao ato para o financiamento de prestações por caso (Pellegrini e Roth, 2015).

Nos últimos anos, a passagem dos sistemas de financiamento baseados nos custos para os sistemas de financiamento baseado nas prestações, em combinação com os progressos médicos, conduziram a uma diminuição significativa na duração média de internamento e numa transição para os cuidados ambulatoriais (Christen et al., 2013, p. 25).

A introdução do novo sistema tarifário de remuneração das prestações hospitalares de cuidados agudos, designado SwissDRG aconteceu no início de 2012. Engloba aproximadamente 1000 grupos de casos (Holzer, 2012) e pretende uniformizar o reembolso

das prestações hospitalares. *SwissDRG é um sistema de taxas fixas por caso que inclui um caso hospitalar global, em função de certos critérios como os diagnósticos, os tratamentos, etc., num grupo de casos, sendo o reembolso realizado através de uma tarifa. (...) Cada DRG reúne casos de tratamento homogéneo do ponto de vista médico e económico* (Holzer, 2012, p. 1079).

A tarifa por caso é calculada a partir do preço base praticado em todo o cantão e de uma ponderação optimal baseada na tarifa do hospital mais eficiente, que varia segundo a natureza e a gravidade do tratamento, estando este sistema em constante desenvolvimento e aperfeiçoamento através das negociações realizadas anualmente entre os hospitais e as seguradoras, sendo posteriormente aprovado pelo cantão (esta tarifa compreende também as despesas relativas a investimentos que não são suportados pelo cantão, mas pelo próprio hospital, e ainda as relativas à formação contínua dos profissionais) (Christen et al., 2013).

Através deste sistema e da comparação dos custos por caso, corrigidos por nível de gravidade, em cada hospital, de acordo com Christen et al., (2013) é possível obter a transparência desejada dos custos, podendo os hospitais com custos médios inferiores ao custo base realizar benefícios e os hospitais com custos mais elevados serem incentivados a reduzir os custos. A tarifa por caso corrigida pelo grau de gravidade foi, assim, um elemento central no novo modelo de financiamento dos hospitais.

O facto dos custos de investimento estarem incluídos nas tarifas por caso são um ponto controverso no que respeita à flexibilidade de investimento, uma vez que os hospitais têm de submeter os pedidos de investimento às autoridades do cantão (Christen et al., 2013). As tarifas propostas têm o objetivo de controlarem a despesa e contribuirem para uma concorrência leal entre as instituições, adequando a oferta às necessidades. No entanto, segundo os mesmos autores, tal facto limita o grau de flexibilidade, essencial num ambiente concorrencial, pelo que os hospitais deveriam gerir os seus investimentos de forma independente, uma vez que recebem o próprio capital de investimento.

Como podemos perceber, os cantões têm um papel fundamental no sistema de saúde, uma vez que desempenham a função de supervisão e de financiamento o que por vezes pode gerar um conflito de interesses (Christen et al., 2013). Por exemplo, os cantões poderiam estar interessados em manter a ponderação base da SwissDRG elevada de forma a poder subvencionar, indiretamente, os hospitais ineficazes, no entanto é função do cantão

controlar os custos para que eles se mantenham num nível razoável, logo estes têm interesse em manter as ponderações o mais baixo possível (Christen et al., 2013). Nesse sentido, os cantões apesar de desempenharem diferentes funções são um pilar essencial neste sistema de financiamento.

Acrescenta referir que a questão da forma jurídica dos hospitais tem, igualmente, um papel importante no incentivo à concorrência, uma vez que as empresas têm necessidade de uma certa flexibilidade operacional e independência num ambiente concorrencial. Caso um hospital faça parte da administração pública a sua flexibilidade estratégica será, normalmente, menor do que uma sociedade anónima (Christen et al., 2013). Assim sendo, a forma jurídica acaba por ser um critério determinante no contexto do financiamento privado, pois os potenciais credores só consideram os hospitais como parceiros interessantes, caso estes sejam capazes de se apresentarem como uma empresa com uma personalidade jurídica autónoma e responsabilidade (Christen et al., 2013). Consequentemente, nestes últimos anos, a realidade na Suíça sofreu uma grande evolução passando 41% dos hospitais a sociedades anónimas, 26% a entidades de direito público independentes e 14% a fundações privadas, ocorrendo uma enorme diminuição dos hospitais que faziam parte da administração pública (atualmente 2% dos 8% em 2007) ou das entidades públicas não independentes (atualmente 7% de 13% em 2007) (Christen et al., 2013).

O hospital universitário de Lausanne é o único hospital universitário que ainda faz parte da administração pública. Segundo Christen et al. (2013), esta evolução demonstra que os cantões e os hospitais reconheceram a necessidade de uma flexibilidade estratégica em diferentes domínios agindo em consequência.

Verifica-se, assim, que a revisão da LAMal foi o grande impulsor das várias reformas realizadas no financiamento da saúde na Suíça, nos últimos anos, pois permitiu adaptar o modelo de financiamento e a repartição entre os diferentes agentes económicos, possibilitando a planificação cantonal dos hospitais de acordo com os critérios de qualidade e eficácia económica, incentivando os hospitais a uma maior eficiência e gestão de custos (Pellegrini, 2015).

1.2.2. Impacto do modelo de financiamento na saúde

A Organização Mundial de saúde (OMS) reforça a necessidade de aperfeiçoar o desempenho dos sistemas de saúde para permitir uma melhoria coerente do estado de saúde das populações (OMS, 2000), assim, uma gestão eficiente, na prestação de cuidados de saúde constitui uma das condições chave para a eficiência de todo o sistema de saúde (Simões et al, 2007).

Quando se fala em eficiência, importa referir que existem diferentes conceitos. A eficiência económica, que visa o cumprimento de um objetivo económico, com o intuito de maximizar o lucro; a eficiência alocativa que está relacionada com a afetação dos recursos, tendo (...) *como meta a maximização do bem-estar total com a distribuição proporcional óptima dos fatores de produção* (Aguilar, 2010, p. 12) e a eficiência técnica.

Nesta abordagem, vamos considerar a eficiência técnica, que segundo Giraldes (2005, p.23) é (...) *a avaliação da relação entre os recursos utilizados (inputs) na produção de um dado bem ou serviço e os resultados obtidos (outputs), sendo tanto melhor quanto maiores os resultados para recursos prefixados (ou menores os recursos para resultados prefixados)*.

1.2.2.1. Em Portugal e na Suíça

Como descrito anteriormente, ao longo dos anos tem-se verificado uma evolução dos modelos de financiamento no setor da saúde como estratégia para fazer face às diferentes problemáticas e racionalizar os recurso de modo a otimizar a sua equidade e eficiência, pois segundo Campos e Simões (2011), nas políticas de saúde da União Europeia estes são objetivos comuns.

Figueras, Saltman e Sakellarides (2000) referem que o conjunto das estratégias de reforma no financiamento dos sistemas de saúde adotadas pelos países Europeus, incluindo Portugal e a Suíça, visaram aumentar a eficiência através da implementação de

(...) formas mais efectivas de afectação de recursos: contratualização, afectação de capital, sistemas de pagamento a profissionais e instituições (...) e concentração de esforços na melhoria da eficiência na gestão e nos desfechos (outcomes) de saúde: desenvolvimento de programas de qualidade dos cuidados, reestruturação da organização interna e externa dos hospitais, melhoria da

capacidade dos cuidados primários, substituição de cuidados menos apropriados por mais apropriados (através da criação de guidelines), alterações na área dos recursos humanos. (Miguel e Bugalho, 2002, p. 57).

Observa-se, assim, um esforço de ambos os países na mudança de estratégias relativamente aos recursos financeiros da saúde e aos mecanismos de gestão e organização, como forma de dar resposta às alterações das necessidades de saúde e ao aumento das despesas, verificando-se uma melhoria dos indicadores de saúde.

Segundo Silvestre e Araújo (2009) e Rego (2008), com o intuito de avaliar o impacto das diferentes reformas e consequentes unidades de produção hospitalar têm sido cruzados dados relativos aos inputs e outputs, mas como existe uma dificuldade em conhecer, de forma fiável, os preços dos fatores de produção tem-se utilizado, predominantemente o cálculo da eficiência (Aguiar, 2010). Para tal, como Rego (2008) e Giraldes (2008) referem, a seleção dos indicadores são fundamentais, uma vez que os inputs e outputs escolhidos para avaliar a eficiência técnica, assim como o período a estudar, têm um grande impacto nos resultados obtidos e na sua validade (Aguiar 2010).

Assim sendo, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos, neste estudo, de conhecer o modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal e a sua repercussão na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde e de conhecer a opinião dos enfermeiros gestores sobre os modelos de financiamento em saúde em uso em Portugal e na Suíça no capítulo da análise e discussão dos resultados, procede-se à análise de diferentes indicadores.

1.3. Equidade em Saúde

O debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde focaliza-se em duas importantes questões – a sustentabilidade e a equidade. Contudo, as diferentes opções podem afetar pelo menos uma destas dimensões, uma vez que certas medidas promotoras da sustentabilidade financeira levam a uma maior despesa privada, representando um risco para o objetivo da equidade (Simões et al 2007). Também Whitehead (1990) refere que *apesar de se reconhecerem as vantagens da utilização de medidas de eficiência o seu*

aumento não conduz, necessariamente, a um aumento da equidade (Miguel e Bugalho, 2002, p. 66).

O termo equidade é, nas palavras de Le Grand (1989), “...um termo... capaz de um número quase infinito de interpretações, que dependem dos valores das pessoas que os utilizam” existindo, contudo, interpretações do termo mais amplamente aceites do que outras, tais como, “igual tratamento para igual necessidade” ou “igualdade de acesso” (Nunes, 2012, p. 42), estando diretamente associado a noções de justiça social e distribuição. Tal, vai ao encontro da definição descrita pelos autores Marmot et al. (2008), Marmot (2007) e WHO (2010) de *“... equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos”* (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p. 2). Assim, tal como refere Whitehead (1990) *a equidade concerne, pois, à criação de oportunidades iguais para a saúde e à redução dos diferenciais de saúde para o mínimo possível (pela acção sobre os fatores que se consideram evitáveis e desonestos)* (Miguel e Bugalho, 2002, p. 61).

Não se pode falar sobre cuidados de saúde, sem mencionar a equidade, critério essencial da justiça social. Nenhuma sociedade pode ser indiferente à desigualdade de saúde, enquanto for possível agir sobre as causas e efeitos, sociais e individuais(...). Neste sentido, atingir o objetivo da equidade em saúde é um princípio social (Vandenbroucke, 2003, p. 2).

Ao longo dos anos, a equidade em saúde tem sido uma preocupação constante. Em 1986 foi tema de debate pela OMS na primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde, sendo descrita na Carta de Ottawa como um dos oito pré-requisitos para a saúde (OMS, 1986, citado por Albrecht et al., 2017) e atualmente é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, uma vez que a OMS defende que todo o indivíduo deve ter a possibilidade de atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que os determinantes económicos e sociais de cada um influenciem, de forma decisiva, a consecução desse objetivo (Furtado e Pereira, 2010).

Contudo, existem desigualdades, evitáveis, em saúde que se caracterizam pelas diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre os diferentes grupos da população (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

No que diz respeito ao termo desigualdade em saúde, denominada, igualmente, iniquidade em saúde

(...) entende-se um tipo particular de diferença na saúde que pode ser potencialmente moldado/mitigado por políticas de saúde (Braveman, 2006). Whitehead (1992) por sua vez define desigualdades em saúde como diferenças em saúde que, não só são desnecessárias e evitáveis, como são também desleais e injustas (Nunes, 2012, p.43).

As iniquidades têm origem, não só nos determinantes sociais da saúde (trabalho, educação, estrutura familiar), influenciados pelas políticas públicas, sociais e macroeconómicas, como também nos estilos de vida e, determinantemente, no acesso aos cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010).

Segundo Miguel e Bugalho (2002) as iniquidades em saúde podem ser moldadas mediante a implementação de políticas externas e internas ao setor da saúde que promovam a equidade global e a equidade no acesso, na qualidade e na utilização dos cuidados de saúde.

A redução das iniquidades em saúde obtém-se agindo nos fatores determinantes, entre os quais no acesso aos cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010).

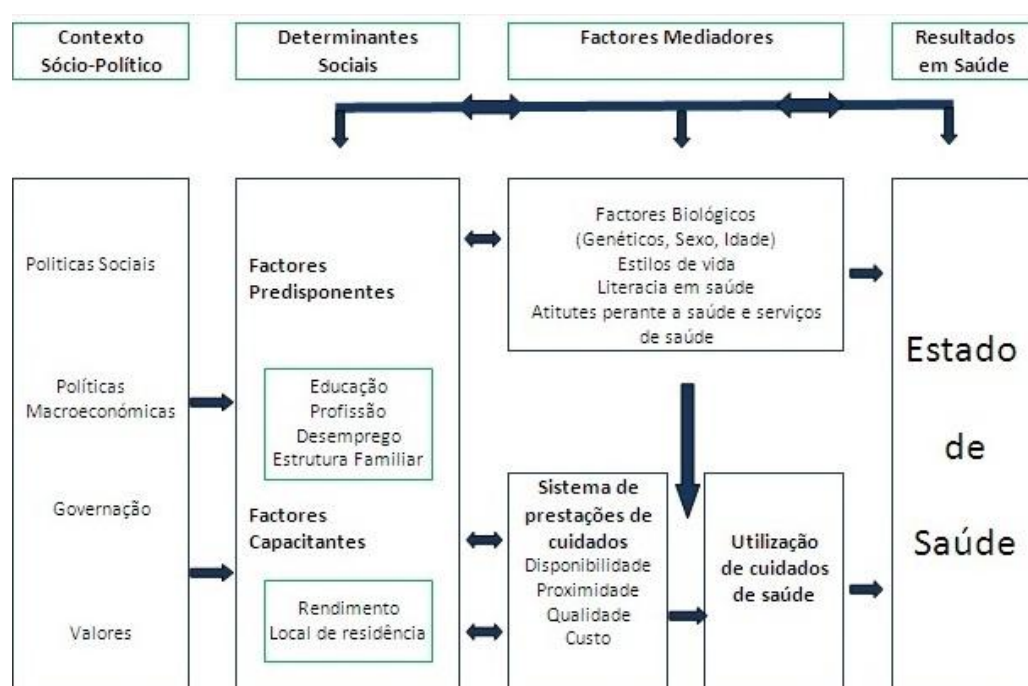
1.3.1. Equidade de acesso aos cuidados de saúde

A equidade no acesso aos cuidados de saúde é, uniformemente, considerada como um pilar fundamental nos sistemas de saúde (Baleizão, 2010). Segundo o Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) considera-se como “*(...) uma dimensão da equidade e defini-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriados e no momento adequado*” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.2).

Nesse sentido, no que concerne o acesso aos cuidados de saúde, importa considerar os dois conceitos de equidade existentes, a equidade vertical, que se refere a um tratamento diferente, mas apropriado, aos indivíduos em situações de saúde divergentes e a equidade horizontal que diz respeito a um idêntico tratamento perante as mesmas necessidades (Wagstaff e van Doorslaer, 2000, citado por Nunes, 2012). Assim, para um determinado nível de necessidade, espera-se que a oportunidade de ter acesso a cuidados de saúde seja a mesma para todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto, rendimento, género, educação, etc. (Wagstaff e Van Doorslaer, 2000, citado por Nunes, 2012).

Como podemos constatar através do modelo conceptual dos determinantes em saúde (Figura 4), as características da população em conjunto com as do sistema de prestação de cuidados vão influenciar a utilização e o acesso aos cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010). Nesse sentido, é de extrema importância que as estratégias ou políticas destinadas a promover o acesso aos cuidados de saúde sejam avaliadas, não só pelos serviços disponíveis, mas também pela capacidade dos indivíduos utilizarem e beneficiarem dos mesmos (Furtado e Pereira, 2010). Pois, *os cuidados de saúde devem estar disponíveis de forma idêntica e deve haver uma oportunidade igual para usar os serviços por parte daqueles que têm uma necessidade idêntica* (Miguel e Bugalho, 2002, p. 63).

Figura 4: Modelo conceptual dos determinantes em saúde



Fonte: Furtado e Pereira, 2010, p.6

(...) *Equidade no uso de cuidados de saúde implica também equidade na afectação de recursos em relação às necessidades sociais e de saúde (...)* (Miguel e Bugalho, 2002, p.66). Nesse sentido, não se pode descurar o impacto que o financiamento dos sistemas de saúde têm no que diz respeito ao acesso, utilização e qualidade dos cuidados de saúde.

Ellis (1998) refere que os modelos de financiamento podem influenciar os incentivos dos prestadores, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e à intensidade dos serviços prestados consoante o tipo de cliente (Nunes, 2012). O mesmo autor sugere, ainda, três

tipos de comportamentos, que podem ser exercidos pelos prestadores mediante a modalidade de financiamento: o *creaming*, referente à sobreprestação de serviço a clientes com baixa severidade; o *skimping* diz respeito à subprestação de serviços a clientes de alta severidade e *dumping* quando evitam a prestação de serviços a clientes de elevada severidade.

Ao considerarmos a equidade no acesso a cuidados de saúde como um dos fatores determinantes para a eliminação das iniquidades no estado de saúde, torna-se evidente que os comportamentos que promovam a seleção de doentes (Nunes, 2012), as limitações financeiras dos indivíduos e a desigual distribuição de serviços de saúde nos países (Miguel e Bugalho, 2002) são incompatíveis com os objetivos de equidade de acesso estabelecidos pelos sistemas de saúde. Assim sendo, para que o princípio da equidade seja respeitado não devem existir incentivos à seleção de clientes associados a menores custos e a uma maior rentabilidade e os modelos de financiamento utilizados devem garantir uma distribuição equitativa de recursos, não beneficiando nem penalizando prestadores nem consumidores (Nunes, 2012).

Os sistemas de saúde têm de ser acessíveis. Este é um dos princípios enunciados na Carta Social Europeia, que salienta a importância de critérios transparentes para o acesso ao tratamento médico e a obrigação dos Estados-Membros de dispor de um sistema de saúde que não exclua partes da população de receber serviços de cuidados de saúde (Comissão Europeia, 2014, p.8).

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A opção por uma área de interesse particular que poderá ser estudada é a origem de qualquer investigação (Fortin, 2009). A investigação é um (...) *procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. (...) é desenvolvida mediante (...) conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos (...) ao longo de um processo que envolve inúmeras fases* (Gil, 2002, p. 17).

A fase metodológica é considerada a primeira fase do processo de investigação em que o investigador determina os métodos a aplicar com o intuito de dar respostas às questões de investigação (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora (1999, p. 93), entende-se por metodologia (...) *o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica*”, sendo, assim, considerada a base para a produção de novo conhecimento.

Neste capítulo, descrevem-se e fundamentam-se as decisões tomadas no que diz respeito às opções metodológicas do estudo.

São apresentados, ao longo do capítulo, a justificação e a finalidade do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, o tratamento de dados e as considerações éticas.

2.1. Desenho da Investigação

Ao longo dos tempos, os países desenvolveram modelos de sistemas de saúde assentes nas características políticas, sociais, económicas e culturais do seu país. De acordo com a evolução natural destas características e, tendo em consideração diversos problemas que se foram agudizando ao longo dos últimos anos, muitos países ocidentais repensaram as políticas e os modelos de financiamento dos seus sistemas de saúde através da

implementação de reformas, tanto na vertente da equidade e da eficiência dos serviços como na da efetividade dos resultados.

A necessidade de se refletir sobre as repercussões do financiamento dos sistemas de saúde na eficiência hospitalar e no acesso aos cuidados de saúde surge do exposto anteriormente e da motivação para a realização de um estudo que compare a realidade portuguesa e Suíça proveio da experiência da investigadora na área da prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar em Portugal e na Suíça.

O presente estudo tem, assim, como finalidade identificar os modelos de financiamento do sistema de saúde, em Portugal e na Suíça, e a sua repercussão na eficiência hospitalar e a equidade de acesso aos cuidados de saúde

2.1.1. Objetivos

A definição clara dos objetivos é essencial num trabalho de investigação, pois orienta para a forma como iremos iniciar o estudo, facilitando a escolha da metodologia. O enunciado do objetivo deve descrever, explicar ou prever, de forma clara e precisa, os fenómenos em estudo (Fortin, 2009).

Assim, este estudo, tem como objetivos específicos:

- conhecer o modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal e a sua repercussão na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde;
- conhecer a opinião dos enfermeiros gestores sobre os modelos de financiamento em saúde em uso em Portugal e na Suíça.

2.1.2. Tipo de estudo

Tendo em conta a temática em análise este estudo é descritivo, exploratório, de cariz quantitativo.

O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003, p. 22) (...) tendo por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Freixo, 2009, p. 145).

Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar (Vilelas, 2009, p. 122) e (...) têm o objetivo de proporcionar informações sumarizadas dos dados contidos no total de elementos da(s) amostra(s) estudada(s) (Mattar, 2001, p.62).

Os estudos exploratórios têm como objetivo tornar mais explícito o problema. De acordo com Vilelas (2009), são utilizados quando se deseja efetuar uma investigação mais específica e profunda, pois permitem conhecer as variáveis desconhecidas e o (...) *seu planeamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao facto estudado* (Gil, 2002, p.41). Sellitz et al., (1967, p. 63) referem ainda que na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) *levantamento bibliográfico*; (b) *entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado*; e (c) *análise de exemplos que "estimulem a compreensão"* (Gil, 2002, p. 41).

2.1.3. População e amostra

Determinar a população que pretendemos estudar é uma das mais elementares etapas de uma pesquisa. Segundo Fortin (2009) e Polit et al (2004) pode-se definir população como um conjunto de entidades com características comuns, compreendendo-se entidade como um agregado de objetos, pessoas, acontecimentos ou organizações.

Por forma a dar resposta aos objetivos propostos, a população definida para este estudo compreendeu profissionais com responsabilidade a nível da gestão hospitalar na parte francófona da Suíça e em Portugal e a população portuguesa e suíça considerada nas bases de dados analisadas.

Visto se tratar de um estudo com limite temporal optou-se por utilizar uma amostra não probabilística, apesar de se conhecer a sua não representatividade como desvantagem. Contudo, tal como refere Mattar (2001, p. 161), a utilização de uma amostragem não probabilística pode justificar-se na (...) *realização de uma pesquisa exploratória, em que o objectivo principal é ganhar conhecimento sobre o assunto e não que as informações obtidas sejam ou não representativas da população.*

Das amostragens não probabilísticas existentes optou-se pela de conveniência, pois segundo Mattar (2001), esta é recomendada para pesquisas exploratórias, com o objetivo de desenvolver conhecimento sobre uma determinada temática de interesse.

A amostra foi, então, constituída por 33 profissionais com funções na área da gestão, 13 suíços e 20 portugueses oriundos das zonas Norte, Centro e Sul de Portugal e da zona francófona da Suíça

2.1.4. Colheita de dados

Atendendo ao âmbito da presente investigação, a colheita de dados foi efetuada com recurso a um questionário (Anexo II) que teve como objetivos conhecer o modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal e a sua repercussão na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde; conhecer a opinião dos enfermeiros gestores sobre os modelos de financiamento em saúde em uso em Portugal e na Suíça.

O instrumento foi anexado ao e-mail de pedido de colaboração (Anexo I) com a informação relativa ao estudo, considerando-se que todos os participantes consentiram na sua participação quando devolveram, por correio eletrónico, o questionário preenchido.

No sentido de conhecer a repercussão dos modelos de financiamento do sistema de saúde, portugueses e suíços, na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos cuidados de saúde efetuou-se, ainda, uma consulta às bases de dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), do Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat), PORDATA e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Foram selecionadas algumas variáveis das diversas bases de dados que posteriormente foram tratadas de forma a se poder dar resposta ao objetivo delineado.

2.1.4.1. Inquérito por questionário

Através do questionário interrogam-se pessoas com o intuito de recolher informação e, posteriormente (...) *esta informação pode ser transformada em números ou dados quantitativos, utilizando técnicas de escalas de atitudes e escalas de avaliação, contando o número de sujeitos que deram determinada resposta, dando assim origem a dados de frequência* (Tuckman, 2000, p. 102).

A construção do questionário deve ser cautelosa (Tuckman, 2000), pelo que previamente foram realizadas várias leituras que possibilitaram a determinação da informação pretendida e a definição dos objetivos do questionário.

Na elaboração deste instrumento foram consideradas as seguintes indicações preconizadas por Carmo & Ferreira (1998): abordar a temática de forma clara e simples; número de perguntas reduzido, adequado ao estudo a realizar; perguntas claras e compreensíveis para os inquiridos, tanto quanto possível fechadas de forma a objetivar as respostas; evitar respostas padrão excessivas e ambíguas, de modo a não dispersar os inquiridos; evitar questões indiscretas e abranger todos os pontos da problemática a inquirir.

Assim, elaborou-se um questionário dividido em duas partes: a primeira com o objetivo de caracterizar a amostra compreende cinco questões abertas; e a segunda compreende 20 questões fechadas, agrupadas por categorias.

As respostas são dadas numa escala de Likert de cinco proposições: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. O padrão de resposta escolhido teve em atenção o tipo de tratamento de dados pretendido, pois segundo Tuckman (2000) a escolha do tipo de opções de resposta deve-se fundamentar na forma como os dados serão tratados.

O questionário foi submetido a um pré-teste, sendo aplicado a dois enfermeiros, uma enfermeira directora adjunta e um enfermeiro chefe. Após, efetuou-se uma revisão dos itens, considerando-se as modificações sugeridas, tanto no que respeita à linguagem utilizada, como à elaboração de novas questões. A otimização dos itens de um questionário é importante para a sua fiabilidade, pois (...) *por mais sofisticados que sejam os procedimentos de construção de escalas e por mais que se tente compensar a falta de qualidade dos itens apostando na sua quantidade, um questionário composto por itens mal*

elaborados nunca poderá apresentar as características mais desejáveis (Tuckman, 2000, p. 121 e 122).

Dada a distância geográfica, este instrumento foi fundamental para a recolha de dados e para o conhecimento da opinião de diferentes profissionais.

2.1.4.1.1 Variáveis e sua operacionalização

As variáveis em estudo foram operacionalizadas da seguinte forma:

- a) Sexo: feminino e masculino, variável nominal;
- b) Grau académico: licenciatura, mestrado e doutoramento, variável ordinal;
- c) País onde exerce funções: Portugal, Suíça, variável nominal;
- d) Função na instituição: enfermeiro chefe, supervisor/auditor, enfermeiro diretor/diretor adjunto de enfermagem, administrador hospitalar, variável nominal;
- e) Tempo de serviço no setor da gestão de saúde, variável contínua, recodificada numa variável dicotómica (<15 anos e >= 15 anos);
- f) Tipo de financiamento: prospetivo, retrospectivo, ambos, variável nominal.

2.1.4.2. Indicadores de eficiência hospitalar e de equidade de acesso

Como já referido, de forma a conhecer a repercussão dos modelos de financiamento do sistema de saúde, portugueses e suíços, na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos cuidados de saúde fez-se uma pesquisa nas bases de dados estatísticos do Instituto Nacional de estatística (INE), da PORDATA, Eurostat e da OCDE. Optou-se pela análise das variáveis listadas abaixo, descrevendo-se juntamente a informação geral de fontes e definições. A seleção das variáveis teve em consideração os indicadores a estudar e a sua relevância para a problemática em estudo, pois tal como refere Kucyk (2013, p. 34) um indicador deve ser um instrumento substancial para a problemática em questão, devendo

possuir as seguintes características: (...) *compreensível, mensurável (com alta confiabilidade e validade), mutável através do comportamento, alcançável e viável.*

Foram analisadas as seguintes variáveis de eficiência hospitalar e de equidade de acesso:

- a) Tempo médio de internamento hospitalar - definido como o número médio de dias que os clientes ficam hospitalizados. Calcula-se, anualmente, dividindo o número total de dias de hospitalização pelo número de admissões ou altas;
- b) Número de altas hospitalares - mede o número de pessoas com alta hospitalar que ficaram hospitalizados no mínimo uma noite. Este indicador é medido por 100.000 habitantes;
- c) PIB per capita;
- d) Paridade de poder de compra;
- e) Pagamentos diretos em saúde em % do PIB;
- f) Necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas - Número de inquiridos que responderam ter ignorado um exame médico, tratamento (excluindo medicamentos) ou outro seguimento recomendado por um profissional de saúde por causa dos custos sobre o número de inquiridos que responderam “Sim” ou “Não” a uma pergunta de pesquisa sobre se os testes médicos recomendados, o tratamento ou o seguimento foram ignorados devido aos custos no ano de referência, em percentagem.

2.1.5. Tratamento de dados

Para o tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva, pois tais procedimentos (...) *reduzem os dados a proporções controláveis resumindo-os e também descrevem várias características dos mesmos* (Wood & Haber, 2001, p. 201). A estatística descritiva permitiu descrever as características da amostra e responder aos objetivos da investigação (Fortin, 2009).

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do programa Excel, 2013.

2.1.6. Considerações éticas

Para a realização deste estudo obteve-se a autorização do Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados (Nunes, 2013, p. 5).

No desenvolvimento da investigação, e para a aplicação do questionário, procedeu-se ao pedido formal para a colheita de dados aos participantes, fornecendo-se informação completa sobre a natureza e o objetivo do estudo, existindo a garantia de respeito dos direitos dos participantes especificamente, a confidencialidade e o anonimato (Anexo 1).

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Proceder à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos após a recolha de dados é a etapa que se segue. De forma a mais facilmente se efetuar a interpretação dos resultados, estes devem ser apresentados de uma forma sintética (Fortin, 2009).

Neste capítulo apresentam-se os resultados em subcapítulos que dizem respeito à caracterização da amostra, à opinião dos gestores sobre a influência do modelo de financiamento na eficiência e na equidade de acesso aos cuidados de saúde e à análise de alguns indicadores que refletem o impacto do modelo de financiamento, em vigor em Portugal e na Suíça, na eficiência e na equidade.

3.1. Descrição da amostra

Neste estudo, no que respeita ao inquérito realizado, participaram 33 pessoas, 39,4% ($n=13$) dos participantes eram suíços e 60,6% ($n=20$) portugueses.

A maioria dos portugueses era do sexo feminino (60%, $n=12$), exercia a função de enfermeiro chefe (50%, $n=10$) e tinha uma experiência profissional superior ou igual a 15 anos, sendo que 40% ($n=8$) tinham como grau académico o mestrado (tabela2).

Tabela 2: Informação relativa às características da amostra

	Portugal <i>n</i> =20	Suíça <i>n</i> =13
Sexo:		
Feminino	60% (<i>n</i> =12)	38,5% (<i>n</i> =5)
Masculino	40% (<i>n</i> =8)	61,5% (<i>n</i> =8)
Função:		
Enfermeiro Chefe	50% (<i>n</i> =10)	15,4% (<i>n</i> =2)
Supervisor/Auditor	15% (<i>n</i> =3)	7,7% (<i>n</i> =1)
Diretor/Diretor Adjunto de Enfermagem	30% (<i>n</i> =6)	69,2% (<i>n</i> =9)
Administrador	5% (<i>n</i> =1)	7,7 (<i>n</i> =1)
Formação Académica:		
Licenciatura	35% (<i>n</i> =7)	25%(<i>n</i> =2)
Mestrado	40% (<i>n</i> =8)	12,5% (<i>n</i> =1)
Doutoramento	10% (<i>n</i> =2)	37,5% (<i>n</i> =3)
Tempo de serviço:		
<15 anos	30% (<i>n</i> =6)	15,4% (<i>n</i> =2)
>15 anos	70% (<i>n</i> =14)	84,6% (<i>n</i> =11)

Relativamente aos participantes suíços, verificou-se que a maioria era do sexo masculino (61,5%, *n*= 8), exercia a função de enfermeiro diretor/diretor adjunto (69,2%, *n*=9) e tinha uma experiência profissional superior a 15 anos (84,6%, *n*=11), sendo que 37,5% (*n*=3) tinham como grau académico o doutoramento (Tabela 2).

De acordo com a distribuição da amostra por instituição, verificou-se um maior número de participantes do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde e Hospital de Guimarães, em Portugal e do Ensemble Hospitalier de la Côte e do Hôpital Neuchâtelois, na Suíça (tabela 3).

Tabela 3: Distribuição geográfica da amostra por país

Portugal	n (20)	Suíça	n (13)
Centro Hospitalar Baixo Vouga	1	Association Beaulieu	1
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde	3	EMS et résidence les Laurelles Sàrl	1
Hospital Espírito Santo de Évora	1	Groupement hospitalier de l'ouest l'emanique	1
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	1	Hôpital Fribourgeois	1
Hospital CUF Porto	1	Centre Hospitalier Universitaire de Vaud	1
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia	2	Hôpitaux Universitaires de Genève	1
Centro Hospitalar de Leiria	2	Home la Colline	1
Centro Hospitalar do Oeste	1	Ensemble Hospitalier de la Côte	2
Hospital Drº Francisco Zagalo-Ovar	1	Hôpital Neuchâtelois	2
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	1	Hôpital Riviera-Chablais	1
Hospital de Guimarães	3	Hôpital Daler	1
Centro Hospitalar do Porto	1		
Centro Hospitalar Tondela-Viseu	1		
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	1		

Considerando o tipo de instituição onde os participantes exerciam funções, verificou-se que 80% ($n=16$) dos participantes portugueses e 53,9% ($n=7$) dos suíços exerciam funções em instituições públicas. A maioria das instituições portuguesas tinha uma relação jurídica do tipo empresarial (85%, $n=17$) e na Suíça esta relação existia em 46,2% ($n=6$) das instituições.

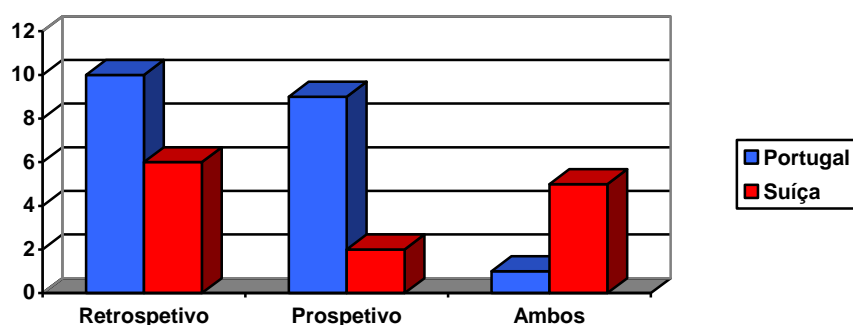
3.2. Opinião dos gestores sobre a influência do modelo de financiamento na eficiência hospitalar e na equidade de acesso

Para o tratamento dos dados obtidos nos questionários, utilizou-se a estatística descritiva, optando-se por organizar os resultados em gráficos ilustrativos referentes à maioria dos itens do questionário. Os dados foram agrupados em dois conjuntos que correspondem a Portugal e à Suíça, com o intuito de permitir uma mais intuitiva leitura, análise e comparação.

Quanto ao modelo de financiamento, 50% ($n=10$) dos inquiridos portugueses e 46,2% ($n=5$) dos suíços consideraram que a instituição onde exerciam funções era financiada de forma

predominantemente retrospectiva, 45% ($n=9$) dos portugueses e 15,4% ($n=2$) dos suíços referiram que a sua instituição era financiada de acordo com um modelo prospetivo. Um tipo de financiamento retrospectivo e prospetivo foi referido por 38,5% ($n=5$) dos participantes suíços e 5% ($n=1$) dos portugueses (Gráfico 3).

Gráfico 3: Tipo de financiamento das unidades hospitalares em Portugal e na Suíça



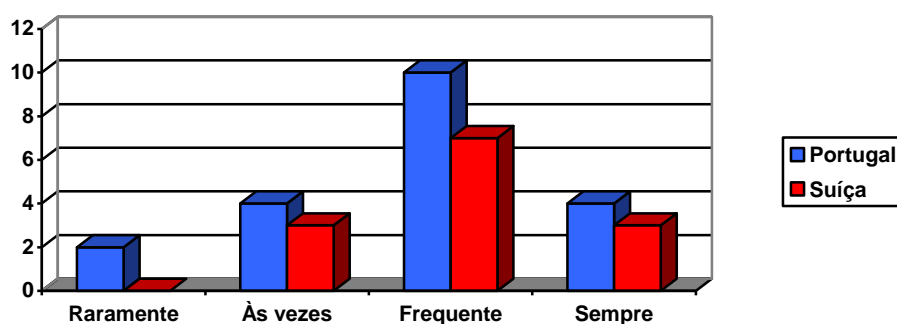
Os participantes portugueses (55%, $n=11$) consideraram que um financiamento baseado nos resultados é mais eficiente que um tipo de financiamento retrospectivo, sendo de opinião que o tipo de financiamento tem sempre (40%, $n=8$) ou frequentemente (45%, $n=9$) impacto direto na eficiência hospitalar. A maioria dos suíços (69,2%, $n=9$) partilha a opinião dos portugueses quanto à eficiência de um modelo de financiamento baseado nos resultados, observando que este tem frequentemente (38,5%, $n=5$) ou às vezes (30,8%, $n=4$) impacto direto na eficiência hospitalar.

Relativamente à influência do tipo de financiamento no comportamento dos profissionais de saúde, é de salientar que 65% ($n=13$) dos participantes portugueses referem que o tipo de financiamento pode influenciar frequentemente (40%, $n=8$) ou sempre (25%, $n=5$) o comportamento dos prestadores de cuidados. Os participantes suíços referem que este pode influenciar sempre (23,1%, $n=3$) ou às vezes (46,2%, $n=6$) o comportamento dos profissionais de saúde.

No que respeita ao impacto do tipo de financiamento na despesa dos hospitais, verificou-se que a maioria dos inquiridos portugueses considera que é superior nos hospitais públicos (60%, $n=12$), por outro lado, na Suíça 46,2% ($n=5$) dos sujeitos referem que não se verificam diferenças entre instituições.

A repartição das despesas entre os diferentes agentes financiadores foi considerada pela maioria dos participantes relevante (70% ($n=14$) dos portugueses e 76,9% ($n=13$) dos suíços) para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde (Gráfico 4).

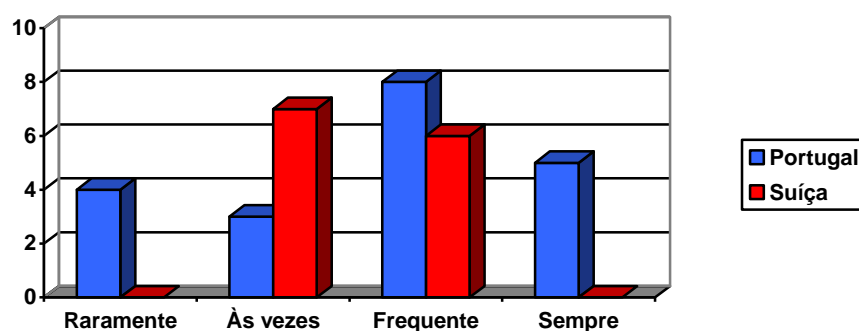
Gráfico 4: Repartição das despesas entre diferentes agentes financiadores



Observando-se que 50% ($n=10$) dos portugueses e 53,9% ($n=7$) dos suíços referiram que frequentemente a repartição das despesas entre os diferentes agentes financiadores é importante para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

Verificou-se que as reformas nos sistemas de saúde, em ambos os países, possibilitaram a introdução de tarifas associadas aos GDH e o financiamento baseado em prestações, sendo considerada pelos inquiridos como uma mais valia para o financiamento dos hospitais (Gráfico 5).

Gráfico 5: GDH no financiamento hospitalar



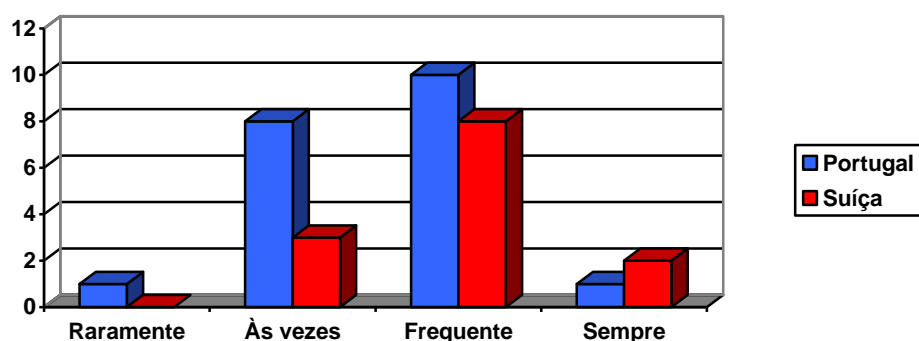
Como se pode observar no gráfico 5, a maioria dos participantes suíços concorda que às vezes ou mesmo frequentemente o financiamento com base nos GDH é uma mais valia para o financiamento dos hospitais, referindo que estes refletem frequentemente os custos reais com o doente (46,15, $n=6$). Pelo contrário, apesar da maioria dos participantes

portugueses considerarem que este tipo de metodologia de financiamento é frequentemente, ou mesmo sempre, mais adequada, 40% ($n=8$) referem que raramente os custos por GDH refletem os custos reais.

Os modelos de financiamento foram evoluindo ao longo dos anos, notando-se uma maior evolução nos últimos anos devido à crise económica que se abateu sobre a Europa. Os países tentaram adotar novos modelos, no sentido de conterem os custos, aumentarem a eficiência e não reduzirem a equidade de acesso.

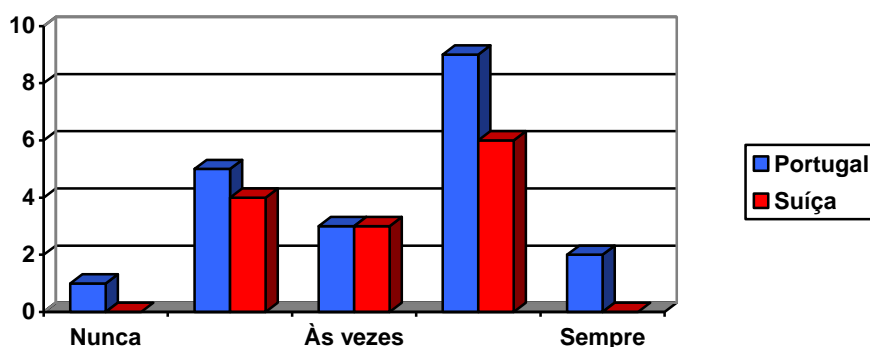
Quando questionados sobre se esta nova forma de financiar os hospitais aumentou a sua eficiência, a maioria dos participantes (61,54% ($n=8$) dos suíços e 50% ($n=10$) dos portugueses) considerou que a evolução do modelo de financiamento, ao longo do tempo, incitou “frequentemente” os hospitais a aumentarem a sua eficiência (Gráfico 6).

Gráfico 6: Financiamento e eficiência hospitalar



Quanto ao impacto na contenção de custos, 69,23%, ($n=9$) dos inquiridos da Suíça e 45% ($n=9$), dos de Portugal, responderam que frequentemente esta evolução promoveu a contenção de custos nas instituições.

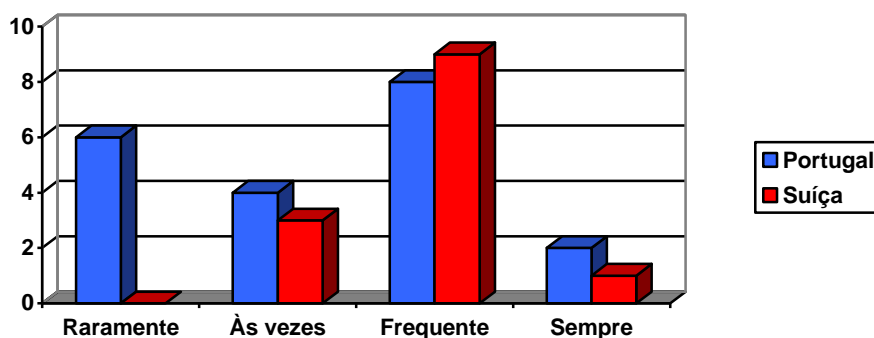
Gráfico 7: Financiamento e liberdade de escolha do cliente



No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, os participantes portugueses (45%, $n=9$) e suíços (46,15%, $n=6$) referem que as novas formas de financiamento incentivam “frequentemente” ao aumento da liberdade de escolha do cliente (Gráfico 7).

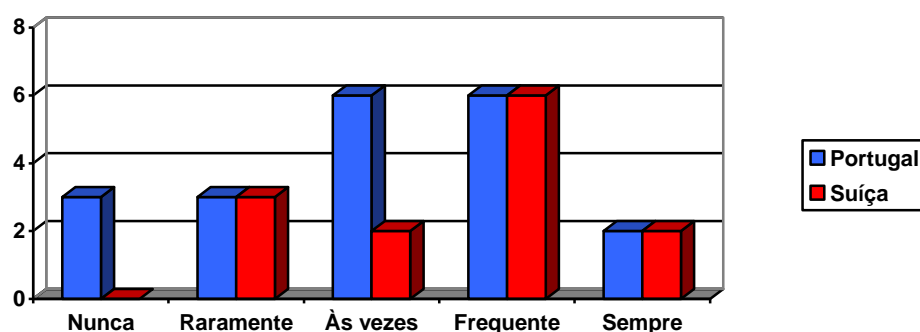
Verificou-se que 69,2% ($n=9$) dos gestores de serviços de saúde suíços que participaram no estudo e 40% ($n=9$) dos portugueses referiram que as novas formas de financiamento levaram a que às vezes ou mesmo frequentemente as instituições hospitalares reduzissem o tempo de internamento (Gráfico 8).

Gráfico 8: Financiamento e tempo de internamento



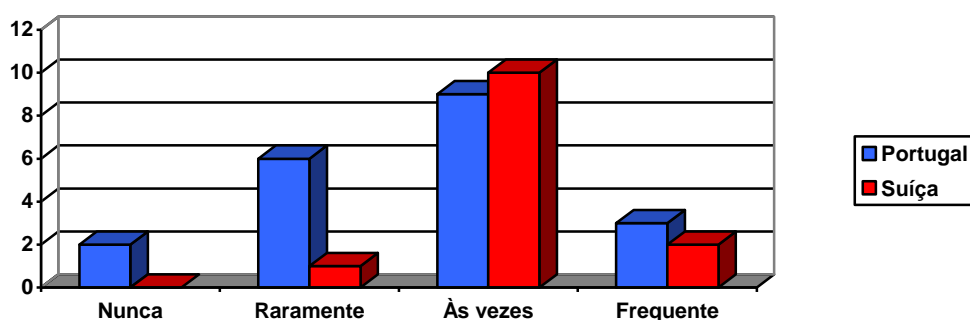
Considerando se as novas formas de financiamento aumentam a competitividade, 35% ($n=7$) dos inquiridos de Portugal responderam “sempre” e 53,9%, ($n=7$) dos participantes suíços responderam “frequentemente”. Os participantes portugueses (40%, $n=8$) observaram que esta evolução do modelo de financiamento aumentou a participação do estado no financiamento dos hospitais privados.

Gráfico 9: Contenção de custos e qualidade de cuidados



Relativamente às medidas de contenção de custos implementadas nas instituições, 46,15% ($n=6$) dos inquiridos suíços referem que estas são “frequentemente” compatíveis com a qualidade de cuidados (Gráfico 9). Como se pode observar, os inquiridos dos dois países consideram que estas são frequentemente ou mesmo sempre compatíveis com a qualidade de cuidados, apesar de existir uma percentagem considerável de participantes portugueses (60%, $n=12$) que referem haver uma influência negativa da contenção de custos na qualidade de cuidados.

Gráfico 10: Política de saúde e sustentabilidade do sistema de saúde



Relativamente à opinião dos inquiridos sobre a atual política de saúde (Gráfico 10), a maioria dos inquiridos suíços (76,92%, $n=10$) e 45% ($n=9$) dos inquiridos portugueses referem que esta às vezes vai ao encontro da sustentabilidade do sistema de saúde.

Após a análise dos resultados obtidos verifica-se que os participantes estão em concordância relativamente ao impacto direto que o modelo de financiamento tem na eficiência hospitalar, sendo da opinião que um modelo de financiamento baseado nos resultados é mais eficiente do que um modelo baseado nos custos históricos. Apesar de,

em ambos os países, se verificar a adopção de modelos de financiamento prospetivos ainda se verifica a existência marcada do modelo de financiamento de natureza retrospectiva, baseado na reposição das despesas, o que segundo a literatura pode levar ao aumento dos gastos e à ineficiência. Os resultados vão ao encontro dos autores Alves et al (2016) que referem no seu relatório que para potencializar os resultados em saúde é fundamental

(...) implementar um modelo de remuneração dos prestadores de cuidados dependentes dos resultados em saúde alcançados, fazendo com que os critérios de financiamento das atividades de saúde passem a estar alinhados com os interesses dos utentes (p.7), (...) em que a criação de valor para os utentes é o vetor de remuneração de todos os intervenientes do sistema (p.9). Assim, (...) um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados privilegia a adoção de inovação e a obtenção de ganhos em saúde, criando um círculo virtuoso de valor e de sustentabilidade para o sistema (Alves et al, 2016, p.10).

Segundo os participantes, o tipo de financiamento pode influenciar, de algum modo, o comportamento dos prestadores de cuidados o que se reflete na oferta de serviços e na conduta dos próprios profissionais. Nesse sentido, é fundamental que esses comportamentos sejam adequados aos objetivos da própria instituição e, que exista a comparação do custo/benefício de idênticas atividades realizadas em diferentes entidades. Pois, segundo Alves et al. (2016, p. 14) para maximizar o potencial de melhoria identificado, *(...) torna-se fundamental a disponibilização de informação que permita comparar instituições de forma a explicar diferenças de desempenho, avaliar o potencial de melhoria de cada hospital nas principais áreas de atuação, e identificar alavancas operacionais de gestão corrente, melhores práticas, e programas transversais.*

Relativamente à despesa em saúde, os inquiridos portugueses partilham da opinião que o aumento da despesa é mais significativo no setor público. Tal facto, pode ser justificado pelo peso do setor hospitalar público em Portugal, pois tal como refere Simões (2004, p.79) este *(...) constitui a principal rede de prestações de cuidados de saúde, absorvendo a fatia mais importante do financiamento público do SNS e contribuindo, assim, com a factura mais significativa da despesa pública em saúde.* Por outro lado pode ser justificado, também, pela maior flexibilidade com que a gestão privada é dotada, pois segundo Martins (2015), o enquadramento legal dos hospitais sob gestão pública limita a autonomia e condiciona a gestão, desresponsabilizando organizações e gestores, enquanto a gestão privada possibilita uma maior flexibilidade e responsabilidade.

Quanto à questão da repartição das despesas em saúde pelos diferentes agentes financiadores públicos (ex. Estado, subsistemas de saúde e outras unidades da

administração pública) e privados (ex. seguros de saúde privados e a despesa privada das famílias), existe consenso dos participantes na importância que esta desempenha para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde. Em Portugal, o principal agente financiador é o estado assumindo, em 2009, mais de 60% das despesas. Na mesma época, na Suíça observa-se que o financiamento se encontra repartido por vários agentes financiadores, com uma comparticipação de sensivelmente 20% por parte do estado (OCDE, 2011). A tendência ao longo dos anos manteve-se, pois como se pôde verificar através dos dados do INE (2017), entre 2013 e 2015, mais de metade da despesa corrente em saúde foi financiada pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas, detendo o estado a função de pagador e prestador. Sendo, segundo Martins (2015), a sobreposição de funções do Estado no setor da saúde uma das principais causas da ineficiência hospitalar. Para maximizar os resultados em saúde é essencial (...) *promover a separação entre prestador e pagador através da autonomia e responsabilização do prestador de cuidados de saúde, de forma a maximizar os efeitos das modalidades de pagamento* (Alves et al, 2016, p.7). Assim sendo, seria benéfico repensar outras fontes de financiamento para o sistema de saúde português como (...) *a implementação de um seguro alternativo/complementar de saúde e o aumento da componente privada na captação de recursos financeiros* (Miguel e Bugalho, 2002, p.60). Alves et al (2016, p.27) também referem que o financiamento (...) *deveria ter verbas dedicadas anualmente, provenientes, em parte, do orçamento de saúde, e em parte de outras fontes público-privadas*.

No que concerne a evolução do modelo de financiamento e sua implicação nos resultados em saúde verifica-se que os sujeitos de ambos os países são da opinião que esta incitou os hospitais a aumentarem a eficiência, a controlar os custos, a diminuir o tempo de internamento, a aumentar a liberdade de escolha do cliente e a uma maior competitividade entre as instituições. É de salientar que a diminuição do tempo de internamento foi mais evidente nas respostas dos participantes suíços, dados estes que são confirmados pela OCDE (2017). O aumento da participação do estado no financiamento dos hospitais privados, foi mais evidente na resposta dos participantes portugueses, podendo ser justificado pelas diferentes parcerias realizadas entre o estado e o setor privado na saúde em Portugal, que segundo Simões (2004, p.80) são *globalmente financiadas pelo SNS e (...) assentam na seguinte tríplice de vectores: planeamento e financiamento públicos; investimento e gestão privados; controlo e titularidade públicos (...)*.

A opinião dos inquiridos face à introdução de grupos de diagnóstico homogéneo é positiva, ao considerarem que é uma mais valia para o financiamento dos hospitais. Tal como refere Garrido (2012, p.66), *verificou-se o aumento do número de episódios de internamento de doentes (...) cumulativamente, diminuiu a demora média (...). Isto significa que estão a ser tratados doentes mais complexos em menos tempo, indiciando ganhos de eficiência associados à introdução do financiamento por GDH*, pois segundo Alves et al (2016, p.11) o modelo de GDH (...) *apresenta alguns desafios no sentido em que condiciona o papel dos hospitais na seleção das práticas clínicas com maior valor para os doentes*. Ainda, ao serem questionados se os GDH refletem os custos reais, a maioria das respostas dos participantes portugueses é desfavorável e as dos participantes suíços favorável. Tal facto, pode ser justificado pela extensa tabela de tarifas por GDH em vigor na Suíça, sendo fundamental a avaliação e ajustamento anual da tabela de faturação. Pois, tal como refere Garrido (2012, p.65 e 66), *este sistema deve garantir que, caso o hospital seja eficiente, no final do ano não haverá défice, mas podem existir áreas onde a prestação de cuidados seja deficitária e outras onde seja geradora de mais-valias para a instituição*.

Quanto à eficácia das medidas de contenção de custos aplicadas nas instituições onde os participantes exercem funções verifica-se que a maioria dos participantes suíços referem que as mesmas são compatíveis com a qualidade dos cuidados, não sendo conclusiva a opinião dos portugueses. Neste contexto de corte na despesa em saúde, é fundamental assegurar a qualidade dos cuidados, pois segundo Simões et al. (2007), um tipo de financiamento será dificilmente sustentável a longo prazo se induzir de forma negativa a eficiência da economia ou consumo das famílias. Relativamente à compatibilidade das medidas implementadas com a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e à redução do tempo médio de espera de acesso aos cuidados de saúde as respostas dos participantes de ambos os países não são conclusivas, sendo, no entanto evidente que ambos consideram que os indivíduos com um nível de rendimento superior têm maior acessibilidade aos cuidados de saúde e a tempos de espera mais reduzidos. Importa ainda acrescentar que, segundo dados da organização *Health Consumer Powerhouse* (2013), a Suíça é identificado como um país sem tempos de espera e Portugal como um dos países onde o tempo de espera é mais significativo, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde especializados.

Por fim, ao serem questionados sobre as atuais políticas de saúde e a sustentabilidade do sistema de saúde, percebe-se uma certa reticência por parte da maioria dos inquiridos,

contudo as respostas não foram desfavoráveis quanto às atuais políticas de saúde e a sua influência na sustentabilidade do sistema de saúde.

Após a análise dos dados, pode-se afirmar que os inquiridos de ambos os países são da opinião que as medidas implementadas ao longo dos últimos anos foram fundamentais para o aumento da eficiência hospitalar.

3.3. Impacto do modelo de financiamento na eficiência hospitalar e na equidade de acesso, em Portugal e na Suíça, alguns indicadores

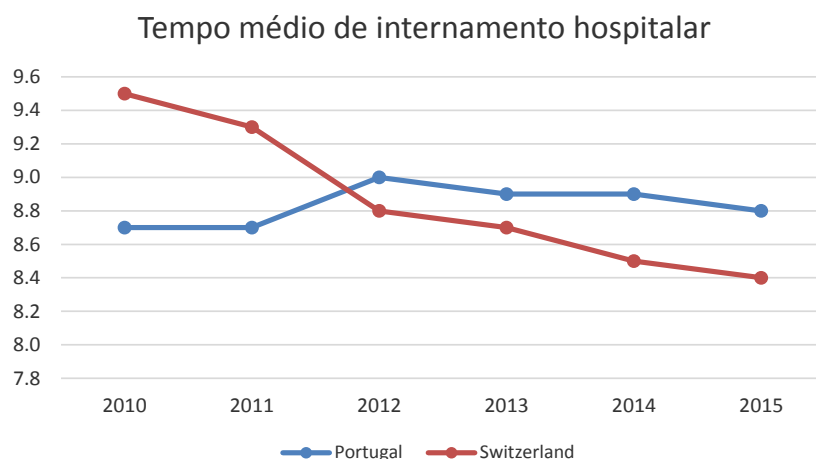
Tendo em conta que um dos objetivos deste trabalho é analisar o impacto do modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal na eficiência hospitalar e na equidade de acesso recorreu-se à análise de alguns indicadores que permitissem a comparação de dados entre os dois países, referentes ao mesmo período.

Numa perspetiva de analisar a eficiência hospitalar são apresentados alguns indicadores como o tempo médio de internamento, o número de altas hospitalares e a percepção do estado de saúde.

O tempo médio de internamento é considerado um importante indicador de desempenho hospitalar, sendo “(...) *um dos principais indicadores de eficiência hospitalar, pois uma pequena variação implica oscilações significativas nos custos de produção*” (Garrido, 2012, p.91). Este indicador está diretamente relacionado com boas práticas clínicas e, consequentemente com a disponibilidade das camas hospitalares, recursos complexos e com um peso determinante na despesa hospitalar, pelo que devem ser geridos de forma racional.

Ao analisarmos este indicador, em Portugal e na Suíça (Gráfico 11), é de salientar a importante redução do tempo médio de internamento em ambos os países desde 2012, tendo o avanço tecnológico dado uma considerável contribuição.

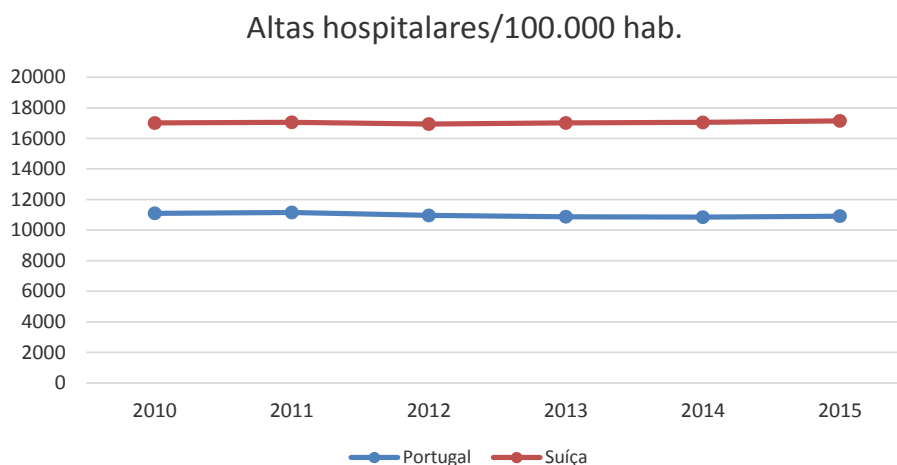
Gráfico 11 – Tempo médio de internamento hospitalar



Fonte: OCDE, 2017

Contudo a diminuição é substancialmente mais importante na Suíça, o que reflete a eficaz implementação de medidas e protocolos, a longo termo, que visam diminuir os tempos de internamento.

Gráfico 12 – Número de altas hospitalares por 100.000 habitantes



Fonte: OCDE, 2017

Também, o indicador relativo ao número de altas hospitalares por 100.000 habitantes reflete a eficiência da organização e prestação dos cuidados, bem como a eficiente articulação entre as diversas equipas e instituições que permitem assegurar a continuidade

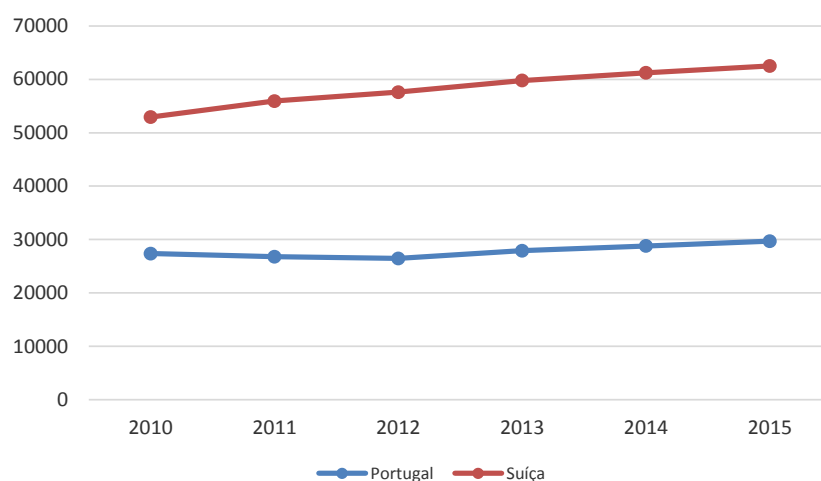
dos cuidados. No gráfico 12, verifica-se a existência de estabilidade deste indicador ao longo do tempo nos dois países.

Após a análise dos indicadores acima referidos, verifica-se que um tempo de internamento reduzido reflete a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para o aumento do número de altas hospitalares e, consequentemente, aumento do número de camas disponíveis e diminuição as listas de espera. A análise destes indicadores demonstra que os resultados alcançados relativamente à eficiência hospitalar são menos favoráveis em Portugal do que na Suíça.

Em relatórios publicados pela OCDE e também pela *Health Consumer Powerhouse* verifica-se que a evolução dos pagamentos diretos (*out-of-pocket*), necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas, índice de Kakwani, probabilidade de ter uma consulta de clínica geral, são alguns dos indicadores referenciados para a análise da equidade dos Sistemas de Saúde.

Para darmos início à análise sobre equidade de acesso aos cuidados de saúde, não podemos deixar de expor o PIB per capita, em Portugal e na Suíça, e a sua evolução entre 2010 e 2015.

Gráfico 13: PIB per capita, por paridade de poder de compra, US\$



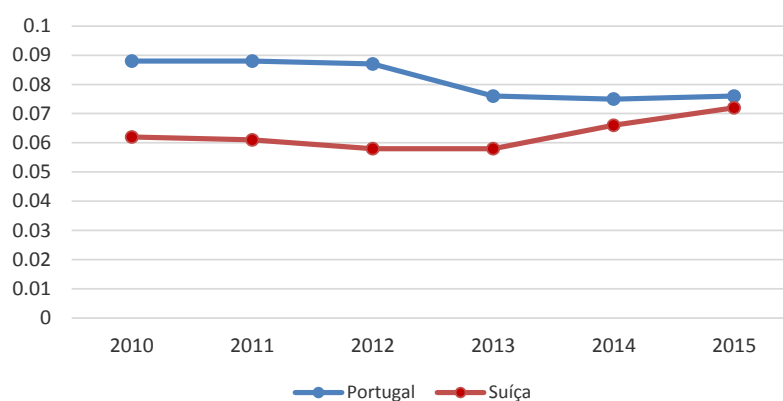
Fonte: OCDE (2017)

Como se pode observar no gráfico 13 os habitantes suíços têm, quando comparado com os habitantes portugueses, um PIB per capita significativamente superior, refletindo-se isso no

seu poder de compra. Tal facto, influencia o acesso aos cuidados de saúde a favor dos indivíduos que têm um poder de compra mais elevado.

Quando comparamos os pagamentos diretos em saúde em % do PIB, desde 2012 que se verifica uma estabilidade da sua evolução em Portugal, obsevando-se um aumento na Suíça (Gráfico 14).

Gráfico 14: Pagamentos diretos em saúde em % do PIB

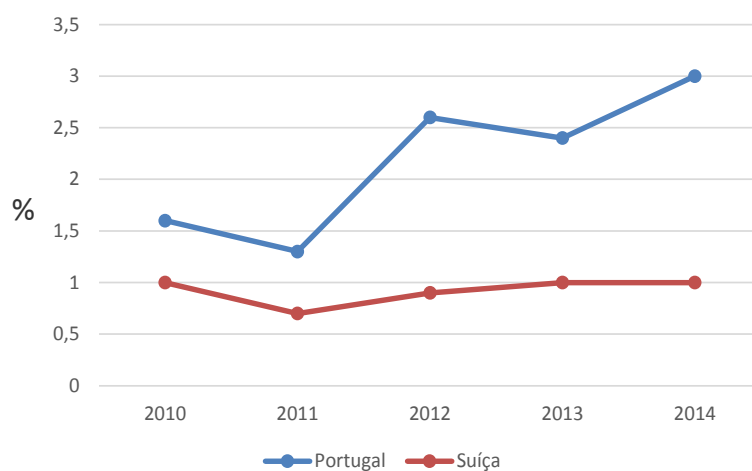


Fonte: OCDE (2017)

Apesar desta evolução, os pagamentos diretos em saúde em % do PIB continuam a ser discretamente mais elevados em Portugal. Se considerarmos que o poder de compra é mais elevado na Suíça e que os cuidados de saúde em Portugal são tendencialmente gratuitos. Este resultado revela a existência de inequidade no financiamento das despesas de saúde, entre os dois países, pois os que têm menos capacidade de pagar estão a pagar mais para a obtenção de cuidados de saúde.

Aliás, este facto comprova-se quando observamos o gráfico 15, onde se verifica que, em Portugal, desde 2011, há um aumento significativo das necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas, o que não acontece na Suíça, onde se observa haver uma estabilidade nestes números.

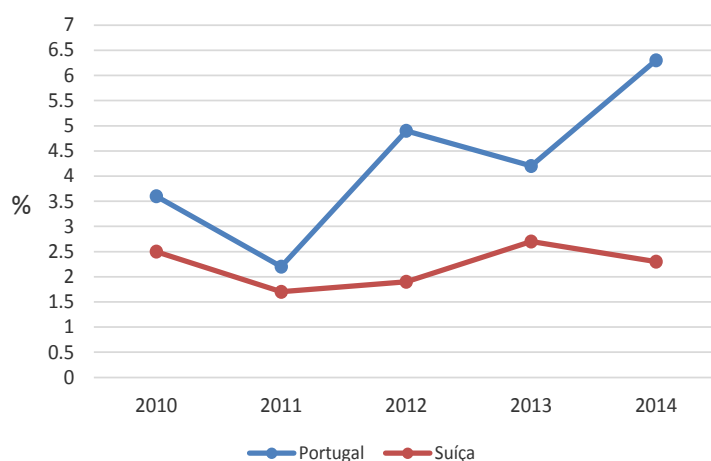
Gráfico 15: Necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas



Fonte: OCDE (2017)

Para se tentar perceber quais os elementos da população mais afetados, analisámos as necessidades não satisfeitas por quintil de rendimento, centrando essa análise no 1º quintil, que se refere aos 20% mais pobres da população (Gráfico 16). Verifica-se que em Portugal são os mais pobres que vêm as suas necessidades menos satisfeitas, tendo esta situação vindo a piorar desde 2011, havendo uma nítida diferença entre Portugal e a Suíça.

Gráfico 16: Necessidades em cuidados médicos não satisfeitas por serem demasiado onerosas (1º quintil de rendimento)



Fonte: OCDE (2017)

Esta situação reflete nitidamente a existência de um compromisso na equidade de acesso e no financiamento dos cuidados de saúde. Facto comprovado desde 1999, onde um estudo, efetuado por Wagstaff et al. (1999, citado por Furtado e Pereira, 2010), que apresenta os índices de progressividade de Kakwani, cujos valores positivos indicam progressividade e valores negativos regressividade, demonstra a existência de regressividade do financiamento da saúde, tanto na Suíça (-0.1402) como em Portugal (-0.0445) (Quadro 6).

Quadro 6: Índice de progressividade de Kakwani, por país

	Índices de progressividade de Kakwani				
	Global	Impostos	Seguros Sociais	Seguros Privados	Pagamentos Directos
Alemanha (89)	-0.0452	0.1100	-0.0977	0.1219	-0.0963
Dinamarca (87)	-0.0047	0.0372		0.0313	-0.2654
E.U.A (87)	-0.1303	0.1325	0.0125	-0.2586	-0.4603
Espanha (90)	0.0004	0.0483	0.0502	-0.0123	-0.2121
Finlândia (90)	0.0181	0.0555	0.0937	0.0000	-0.2419
França (89)	0.0012		0.1112	-0.1956	-0.3396
Holanda (92)	-0.0703	0.0714	-0.1286	0.0833	-0.0377
Itália (91)	0.0413	0.0343	0.1072	0.1705	-0.0807
Portugal (90)	-0.0445	0.0601	0.1845	0.1371	-0.2424
Reino Unido (93)	0.0510	0.0456	0.1867	0.0766	-0.2229
Suécia (90)	-0.0158	0.0371	0.0100	0.0000	-0.2402
Suíça (92)	-0.1402	0.1590	0.0551	-0.2548	-0.3619

Fonte: Wagstaff et al (1999), citado por Furtado e Pereira (2010, p.17)

Em relação à Suíça verifica-se que o índice mais regressivo diz respeito aos seguros privados, o que é justificado pelo modelo de financiamento, maioritariamente, privado em vigor. Averigua-se, também, que a Suíça tem um dos índices globais mais regressivos, definindo-o como um dos sistemas com uma iniquidade mais significativa a nível europeu. Segundo o Banco Mundial, um sistema de saúde deve ser considerado verticalmente equitativo quando os custos são financiados de forma proporcional, progressiva, aos rendimentos dos indivíduos (Bolgiani et al. 2006). Contrariamente, ao analisar o sistema Suíço, verifica-se que dois terços das despesas em saúde são financiadas, independentemente do rendimento, o que origina encargos financeiros cada vez mais insuportáveis para uma parte da população em crescimento (Bolgiani et al., 2003)

Com o intuito de diminuir esta iniquidade vertical de financiamento, devido aos escalões de prémios de seguro definidos, independentemente do rendimento, a confederação e os

cantões participam no financiamento das famílias com rendimentos mais baixos (Bolgiani et al., 2006).

Relativamente a Portugal, se analisarmos as quatro fontes básicas de financiamento: impostos, seguro social, seguro privado e pagamentos diretos, verifica-se que todas as fontes de financiamento são progressivas, exceto os pagamentos diretos que são claramente regressivos, incidindo de forma mais importante sobre os indivíduos com menores rendimentos (indivíduos com menores rendimentos têm uma participação nos pagamentos totais superior à do rendimento total).

No que diz respeito ao seguro privado, em Portugal, sabe-se que tem duplicado a sua dimensão, mas não se conhecem as características de progressividade (Barros, 2013), no entanto, Furtado e Pereira (2010) referem que estes serão pagos, maioritariamente pelos agregados com rendimentos mais elevados.

Segundo Furtado e Pereira (2010), a principal razão para a regressividade global do sistema de saúde português está associada ao elevado peso dos pagamentos diretos que são bastante regressivos, como podemos observar. Outra razão apontada, pelos autores, para a regressividade no sistema diz respeito à proporção de despesas provenientes de impostos indiretos (como o Imposto sobre o Valor Acrescentado), que são tendencialmente regressivos e as deduções fiscais para as despesas de saúde que influenciam consideravelmente a regressividade do sistema de saúde, uma vez que cerca de 44% das famílias com rendimento insuficiente para pagar o imposto sobre o rendimento não beneficiam das deduções fiscais.

Após a análise da equidade relativamente ao financiamento, procede-se à análise da equidade segundo a perspetiva de utilização de cuidados, de acordo com indicadores, em que se pretende averiguar o respeito pelo princípio de utilização de acordo com a necessidade e, consequentemente a equidade de acesso.

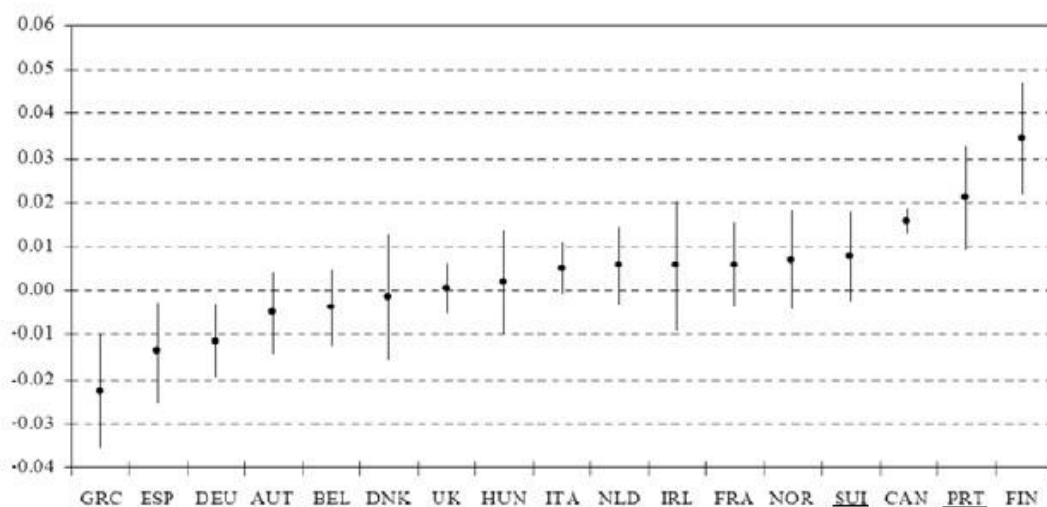
O conceito de equidade aqui implícito é o referente à equidade horizontal, uma vez que se procura inferir acerca da acessibilidade que os indivíduos têm aos cuidados de saúde, perante um determinado nível de necessidade, independentemente do sexo, idade, nível sócio-económico, etc.

A escolha dos indicadores foi justificada pelo estudo realizado por Vandoorslaer et al. (2004, citado por Nunes, 2012), que refere que os fatores que concorriam para a iniquidade

no acesso a cuidados médicos dizem, essencialmente, respeito à desigualdade no acesso a médicos de clínica geral e especialistas.

No que diz respeito às consultas de clínica geral (Figura 5), verifica-se que o acesso a este tipo de cuidados tem uma influência significativa na organização e adequação dos cuidados, não só pelo acompanhamento do cliente ao nível dos cuidados primários, como também pela sua referência para os cuidados especializados, repercutindo-se as desigualdades deste nível nos restantes níveis de cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010).

Figura 5: Índice de iniquidade na probabilidade de ter uma consulta de clínica geral



Fonte: OCDE, 2004

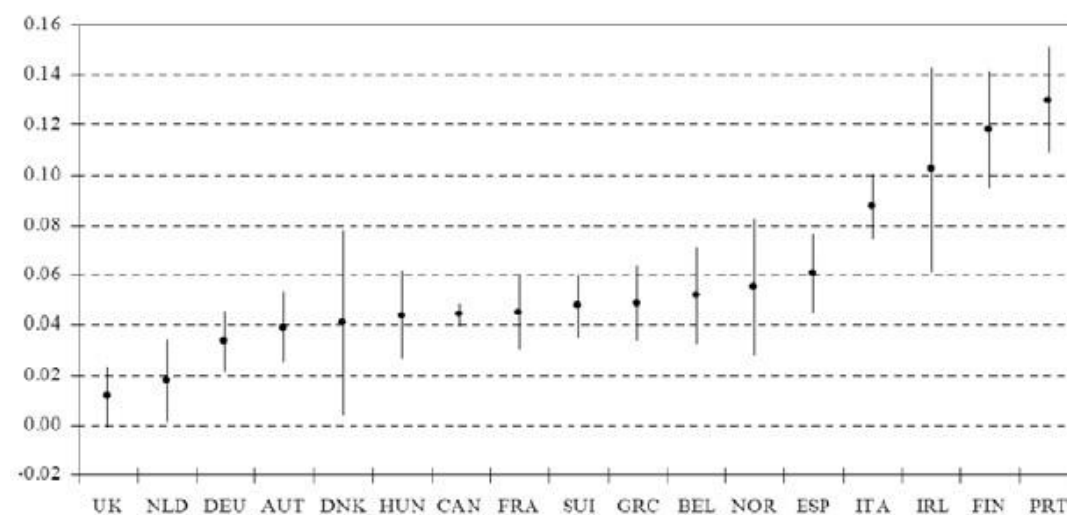
Relativamente ao estudo, acima, realizado no âmbito da OCDE (2004), verifica-se que Portugal tem um índice de iniquidade positivo e estatisticamente significativo, sendo o segundo país com um maior índice de iniquidade, favorecendo os grupos de maior rendimento e a Suíça aparece com um menor índice, em quarto lugar, contudo também positivo.

Estes resultados são ainda apoiados por estudos mais recentes, como sejam os realizados por Pinto Leite (2009) - que recorre a dados disponibilizados pelo INS 2005/2006, que confirmam a existência de iniquidade horizontal significativa no número total de consultas médicas – e Teresa Bago D’Uva et al. (2007) que após uma análise longitudinal da equidade na prestação de cuidados de saúde (referente aos anos 1995-2001) demonstrou que Portugal apresenta índices de iniquidade favorecendo os mais ricos para o nº total de visitas a médicos de clínica geral (Nunes, 2012, p. 44 e 45).

No que concerne ao acesso a consultas de especialidade (Figura 6), verifica-se que em geral a situação em comparação com a iniquidade ao acesso a consultas de clínica geral, ainda é

mais significativa. Efetivamente, tal como refere Vandoorslaer et al. (2006), a evidência aponta para uma iniquidade de acesso às consultas de especialidade que favorece os grupos sociais com maiores rendimentos, sendo a iniquidade mais acentuada e evidente em países onde existe a possibilidade de recorrer diretamente ao privado, como é o caso de Portugal (Nunes, 2012).

Figura 6: Índice de iniquidade na probabilidade de ter uma consulta de especialidade



Fonte: OCDE 2004

No caso de Portugal, estudos desenvolvidos por Vandoorslaer et al. (2004), Pereira e Lopes (2006), Bago d’Uva et al. (2007), demonstraram resultados coincidentes com os acima referidos, evidenciando que para idênticos níveis de necessidade de utilização de consultas de especialidade existe uma desigualdade de oportunidade de acesso, favorecendo, claramente os grupos de maior rendimento (Nunes, 2012; Furtado e Pereira, 2010).

Tal como refere Nunes (2012), de acordo com Vandoorslaer et al (2004) relativamente às consultas de especialidade, contribuem para a iniquidade horizontal em Portugal, o rendimento dos indivíduos, a região e o grau de urbanização da área de residência. *Tal é reiterado por Santana (1999) - quando afirma que (...) existem desigualdades regionais em saúde (...) com (...) diminuição do estado de saúde à medida que aumenta a ruralidade, o envelhecimento, a fraca capacidade de poder de compra, o analfabetismo, a distância aos cuidados de saúde, principalmente hospitalares* (Nunes, 2012, p. 46).

Relativamente à Suíça, verifica-se que a população tem uma iniquidade deste índice significativamente mais baixa quando comparada com outros países, uma vez que o prémio a pagar do seguro de saúde obrigatório de base e, consequente acesso aos cuidados de

base, são independentes do rendimento dos indivíduos. Um estudo sobre o papel regulador deste complexo sistema de seguro de saúde, sujeito a um sistema de financiamento regressivo, relativamente ao rendimento, e que representa um compromisso entre os mecanismos do mercado e a regulamentação estatal evidencia que o objetivo de equidade de acesso aos cuidados é extensivamente atingido (Bolgiani et al., 2006). Contudo, este índice de iniquidade positivo pode ser, em parte, justificado pela oportunidade de pessoas com um maior rendimento terem a possibilidade de incluírem complementares no seu seguro de saúde que lhe facilitem o acesso aos cuidados de saúde especializados.

Pereira e Furtado (2010) reforçam a importância da desigualdade na distribuição do rendimento na iniquidade de acesso a cuidados especializados, uma vez que indivíduos com maior rendimento têm uma maior capacidade em ultrapassar barreiras de acesso e recorrer a cuidados privados.

Assim, verifica-se que a interação entre diversos fatores é determinante para garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde e que a diminuição das iniquidades em saúde só é possível agindo de forma intersetorial.

3.4. Limitações do estudo

Num processo de investigação a imparcialidade do investigador e o aprofundamento das questões são necessários. De forma a responder aos objetivos do estudo, a primeira opção foi utilizar o método qualitativo, em que através de entrevista se inquiririam gestores de enfermagem portugueses e suíços sobre a temática. Dada a restrição temporal a que este tipo de trabalho está sujeito e a diminuta participação, em tempo útil, da população em estudo, aplicou-se um questionário que apesar de não permitir um conhecimento tão pormenorizado do fenómeno em estudo, se revelou como a opção possível.

Também, o reduzido tamanho da amostra se pode configurar como uma limitação, pois a baixa representatividade afeta a generalização dos resultados. Contudo, considera-se que o facto de a amostra se constituir por participantes de Portugal e da Suíça, acrescentou valor ao trabalho e permitiu, apesar das diferenças culturais, um enriquecimento dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Nestes últimos anos, face às alterações da estrutura demográfica, dos padrões epidemiológicos de várias doenças, à evolução tecnológica e à dinâmica financeira e económica de um mercado global, tem-se verificado um ritmo de crescimento dos gastos em saúde superior ao do crescimento económico, onde a sustentabilidade dos sistemas de saúde é posta em causa. Tal facto, impõe desafios ao próprio financiamento do sistema, o que motivou o aprofundamento de conhecimentos no âmbito desta temática.

O estudo desenvolvido teve como intuito aprofundar teórica e empiricamente o conhecimento do modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal e a sua repercussão na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde e de conhecer a opinião dos enfermeiros gestores sobre os modelos de financiamento em saúde em uso em Portugal e na Suíça.

Ao longo dos capítulos desenvolveram-se os aspetos históricos e conceptuais dos sistemas de saúde e dos modelos de financiamento de cada país e as suas implicações na saúde e na equidade de acesso aos cuidados.

As pesquisas realizadas e os resultados obtidos evidenciam claramente que os modelos de financiamento têm um impacto direto na equidade de acesso e na eficiência hospitalar. Nesse sentido, verificou-se que foram várias as reformas implementadas, nos dois países, com o intuito de controlar os gastos e aumentar a eficiência, destacando-se a responsabilização da gestão e a empresarialização dos hospitais.

Em Portugal, apesar da modernização da gestão e da transformação dos hospitais em empresas não houve um redesenho organizacional, verificando-se que o Estado continua a ser o principal agente financiador e prestador de cuidados o que por vezes, pode comprometer a eficiência hospitalar como verificado nos dados analisados neste estudo.

Na Suíça verifica-se uma repartição dos agentes financiadores e uma organização descentralizada, em que os cantões desempenham um papel fundamental, incentivando as

instituições a se especializarem nos serviços que são particularmente eficientes e desencorajando as práticas que favoreciam a falta de rigor orçamental, como por exemplo as subvenções dos cantões destinadas a cobrirem as perdas financeiras dos hospitais no final do ano.

A implementação de um financiamento baseado na contratualização de prestações com base nos GDH foi um avanço na melhoria da eficiência em ambos os países, incitando os hospitais a reduzirem os custos, pois reembolsar custos cria ineficiência e pagar por capitação motiva a redução dos serviços prestados como forma de diminuir a despesa.

Importa, também fazer referência à eficiência na forma de pagamento aos hospitais, pois esta afeta o valor a pagar. Relativamente a esta questão, este estudo permitiu averiguar que o financiamento de natureza prospetiva faz com que o risco suportado pelo prestador seja mais elevado, existindo um maior incentivo à eficiência, o que tem levado os hospitais de ambos os países a adotarem este modelo.

Também, os resultados obtidos relativos à diminuição da duração do tempo médio de internamento, os reduzidos tempos de espera e a evolução não acentuada dos pagamentos diretos por parte das famílias, demonstram que os modelos de financiamento implementados na Suíça têm uma maior capacidade em gerar resultados positivos, o que se reflete na sua eficiência hospitalar.

No que diz respeito à equidade de acesso aos cuidados de saúde, verificou-se que depende de vários fatores, o que pode influenciar a sua análise e comparação entre países. Contudo, reconhece-se que é de extrema importância que os decisores, ao optarem por um modelo de financiamento, tenham em consideração as repercussões que os mesmos terão no acesso aos cuidados de saúde, sendo necessária a implementação de medidas que diminuam as desigualdades e promovam a equidade de acesso. Relativamente a esta questão verificou-se que em Portugal as disparidades na equidade de acesso, principalmente as relacionadas com consultas de especialidade, são mais evidentes do que na Suíça, contudo constata-se que a alternativa por seguros de saúde incita à iniquidade em favor dos indivíduos com maiores rendimentos. É, ainda, de salientar que o financiamento da saúde na Suíça não é considerado equitativo, uma vez que o seguro de saúde de base obrigatório não é em função do rendimento do cidadão, mas sim em função do risco e, tal como referem Miguel e Bugalho (2002, p.68) *as contribuições financeiras individuais não devem depender do estado de saúde (prévio) do indivíduo, mas sim da sua capacidade de*

pagar. Os serviços não devem ser prestados conforme a capacidade para pagar, mas conforme a necessidade – apesar de o termo ser vago.

Por fim, importa realçar que ao longo dos últimos anos têm-se verificado um aumento da procura e do consumo de cuidados de saúde, justificado pelo aumento das necessidades em saúde, reflexo da preferência dos consumidores por uma melhor qualidade de vida e dessa forma por um melhor estado de saúde, o que consequentemente se reflete num aumento das despesas em saúde. Com o intuito de contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde deve-se evitar o uso excessivo de procedimentos não justificáveis e de escolhas de alternativas mais dispendiosas quando o ganho em saúde não justifique a despesa adicional. Torna-se, assim fundamental redescobrir medidas e privilegiar modelos de financiamento que possibilitem uma otimização e eficiência na gestão dos recursos e incitem a qualidade e a relação custo/eficiência na prescrição e utilização de prestações.

Observando os dados analisados ao longo do estudo e os resultados obtidos nos questionários pode-se concluir que as reformas vão ser sempre necessárias para adaptar o sistema de saúde aos desafios futuros, contudo a escolha dos modelos de financiamento e a forma como são implementados são fatores decisivos na obtenção de resultados.

A complexidade de analisar sistemas de saúde é evidente, pelo que a ambição de tentar analisar dois sistemas de natureza oposta com um historial de financiamento diferente de forma abrangente acabou por ser uma limitação para uma análise mais aprofundada da temática. Pelo que, em futuras investigações seria pertinente a delimitação do estudo a alguns indicadores que possibilitem uma análise mais específica. Sugere-se, ainda, que em futuras investigações a componente do regime jurídico associada aos modelos de gestão seja aprofundada de forma comparativa entre os dois países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAS, Monrad. Incentives and financing methods. *Health Policy*, 1995, vol. 34, pp.205-220.
- AGUIAR, Filipa. *Novos Modelos de Gestão Hospitalar*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.
- ALBARELLO, Luc et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva. 1997.
- ALVES, Eurico et al. *Um novo modelo de acesso à inovação em saúde baseado em resultados*. Lisboa: BCG. 2016.
- BAGANHA, Maria et al. *O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. [Em linha]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2002. [consult. 10-12-2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/32721>
- BALEIZÃO, Andreia. *Equidade na saúde e nos cuidados de saúde: migrantes e não migrantes na infecção de VIH/SIDA em Portugal*. Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de Mestrado.
- BARROS, Pedro. *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos*. 3ª ed. Coimbra: Almedina, 2013.
- BARROS, Pedro e SIMÕES, Jorge. Portugal: Health systems review. *Health Systems in Transition*. [Em linha]. 2007, vol. 9, nº 5, pp. 5-61. [consult. 5-12-2016]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf
- BENTES, Margarida. *O Financiamento dos hospitais*. [Em linha]. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 1998. [consult. 06-01-2017]. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/O_Financiamento_dos_hospitais
- BJÖRNBERG, Arne. Euro health Consumer Index Report 2013. © *Health Consumer Powerhouse Ltd*. [Em linha]. 2013. [consult. 11-12-2016]. Disponível em: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
- BOLGIANI, Iva et al. Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse. *Revue française des affaires sociales*. 2006, vol. 2, pp. 239-262.
- CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela. *Metodologia da Investigação: Guia para Auto – aprendizagem*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Aberta, 1998, pp.119-148.
- CARVALHO, João. *Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.

CENTRE D'INFORMATION AVS-AI. Assurance-accidents obligatoire LAA. ©Centre d'information AVS/AI. [Em linha]. Janeiro 2016. [consult. 17-04-2017]. Disponível em: <https://www.ahv-iv.ch/p/6.05.f>

CHRISTEN, Andreas et al. *Système de santé suisse 2013 - Le marché hospitalier en mutation*. [S.l.], Credit Suisse Global Research, 2013.

CONSEIL D'ÉTAT. Projet de loi sur l'organisation des institutions de droit public (LOIDP) (A 2 24). *Secrétariat du Grand Conseil*. [Em linha]. Genebra, 2014. [consult. 15-03-2017]. Disponível em: <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL11391.pdf>

COSTA, Carlos, SANTANA, Rui e BOTO, Paulo. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2008, vol. 7, pp. 67-102.

DA SILVA, Renato. *Financiamento Hospitalar - Análise e Reflexão*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2015. Tese de Mestrado.

DECRETO-LEI nº 48/90. D.R. I Série. Nº 195 (24-08-90), pp. 3452-3464.

DINIZ, Vera Cristina Azevedo. *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses: O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.* Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2013. Tese de Mestrado.

DOMENIGHETTI, Gianfranco e MAGGI, Jenny. *Definition des priorites sanitaires et rationnement. L'opinion des Suisses, des Administrateurs hospitaliers et des Départements sanitaires des Cantons*. [Em linha]. Suisse: Université de Lausanne, 2000. [consult. 24-05-1017]. Disponível em: <http://www.hec.unil.ch/deep/textes/00.01.pdf>

EIRA, Ana de almeida. *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.

EUROPA. Comissão Europeia. Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes [Em linha]. Bruxelas, 2014. [consult. 05-04-2017]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf

EUROSTAT DATABASE. European Union Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC). [Em linha] 2017. [consult. 08-06-2017]. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=hlth_silc_01

FERRARI, Emmanuelle. *L'hôpital multisites en Valais : Existe-t-il une forme juridique idéale?* [Em linha]. Martigny, Agosto, 2000. [consult. 17-04-2017]. Disponível em: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_ODEF0187C379.P001/REF

FORTIN, Marie-Fabienne. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 1ª ed. Loures: Lusociência. 1999.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O processo de investigação : da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003.

FREIXO, Manuel. *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. 1ª ed. Lisboa : Instituto Piaget. 2009.

FRICK, Ulrich e RÖSSLER, Willy. *Modèles de financement et systèmes incitatifs dans le traitement de la dépendance en Allemagne et en Suisse*. Suchttherapie 2003, vol. 4, pp. 18-24.

FURTADO, Cláudia et PEREIRA, João. *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa, 2010. Documento de Trabalho.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora. 1993.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo : Editora Atlas. 2002.

GIRALDES, Maria. Avaliação do SNS em Portugal: equidades versus eficiência. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, 2005, vol. 23, nº 2, pp. 21-44.

HERRMANN, François et al. Survol du système suisse de santé. S.l. : *Bulletin des médecins suisses*, 2001, vol. 82, nº 32/33, p. 1722-1727.

HILL, Manuela e HILL, Andrew. Investigação por questionário. 2ª ed., Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2005.

HOLZER, Bettina. SwissDRG – L'essentiel en bref. *Bulletin des médecins suisses*, 2012, vol. 93, nº 29/30, pp. 1079-1081.

INSTITUTE FOR POLICY STUDIES. Inequality and Health. *Institute for Policy Studies*. [Em linha]. [consult. 14-11-2016]. Disponível em: <https://inequality.org/facts/inequality-and-health/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Perto de 19 milhões de consultas externas efetuadas nos hospitais em 2015. *Instituto Nacional de Estatística*. [Em linha]. 2017. [consult. 17-07-2017]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=279535725&DESTAQUESmodo=2

INTERPHARMA. DRG: Améliorations nécessaires avant introduction. *Dossier thématique politique de santé*. 2010, vol.3. pp. 1-6.

KUCYK, Rosa. *Aplicação do Indicador Taxa Diária de Altas Hospitalares para Avaliação da Movimentação de Pacientes na Emergência de um Hospital Universitário*. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Tese de Mestrado.

MARTINS, José. A Inevitabilidade de Evoluções no Sistema Hospitalar. *Revista Tecno Hospital*. Nov/Dez, 2015.

MATTAR, Fauze. *Pesquisa de marketing*. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 2001, p.138-161.

MIGUEL, José e BUGALHO, Margarida. *Economia da Saúde: novos modelos*. *Análise Social*, 2002, vol. XXXVIII (166), pp. 51-75.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modalidades de Financiamento nos Hospitais SPA e nos Hospitais EPE. *Administração Central do Sistema de Saúde*. [Em linha]. 2008. [consult. 26-03-2017]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt

NUNES, Patrícia. *Financiamento Hospitalar em Portugal - Incentivos à Selecção e Equidade*. Universidade Nova de Lisboa, 2012. Tese de Mestrado.

NUNES, Lucília. *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. 2013.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. *10/30 anos: razões para continuar*. Lisboa: OPSS. 2009.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera*. Lisboa: OPSS. 2001.

OBSERVATOIRE VALAISAN DE LA SANTÉ (OVS). Coûts du système de santé selon le régime de financement, Suisse. *Observatoire Valaisan de la Santé*. [Em linha]. 2016 [consult. 27-11-2016]. Disponível em: <http://www.ovs.ch/sante/couts-systeme-sante-selon-regime-financement.html>

OCDE . Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011. *Éditions OCDE*. [Em linha]. Dezembro, 2011. [consult. 15-04-2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr>

OCDE. *Rumo a um Ambiente Sustentável: Indicadores Ambientais*. Série Cadernos de Referência Ambiental, vol. 9. Salvador: OCDE. 2002.

OECD. Health at a Glance: Europe 2014. *@L'Organisation de coopération et de développement*. [Em linha]. Dezembro, 2014 [consult. 15-12-2016]. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf>

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES. Histoire de la Sécurité Sociale en Suisse. *@Office fédéral des assurances sociales*. [Em linha]. 2013. [consult. 12 -12-2016.] Disponível em: <http://www.histoiredelasecuritesociale.ch>

PELLEGRINI, Sonia e ROTH, Sacha. *Evolution des coûts du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010-2012*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. 2015.

PERSPECTIVE MONDE. Dépenses en Santé (% du PIB). *@Perspective Monde*. [Em linha]. 2016 [consult. 09-12-2016]. Disponível em: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.TOTL.ZS&codePays=PRT&optionsPeriodes=crisesHumPol&codeTheme2=3&codeStat2=SH.XPD.TOTL.ZS&codePays2=CHE&optionsDetPeriodes=aucunePrecisions>

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso Aos Cuidados de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. [Em linha]. 2013. pp. 2-22. [consult. 14-11-2016]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf

POLIT, Denise et al. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

PORDATA. Esperança de vida à nascença: total e por sexo – Europa. *@Fundação Francisco Manuel dos Santos*. [Em linha]. 2016 [consult. 10-12-2016]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/Esperanca%3%A7a+de+vida+%3%A0+nascenca%3%A7a+total+e+por+sexo-1260>

REIS, Célia. *Modelos de Gestão Hospitalar - Análise Comparativa*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2011. Tese de Mestrado.

REIS, Pedro. *Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes*. Universidade Nova de Lisboa, 2014, Tese de Mestrado.

SAKELLARIDES, Constantino, et al. *O Futuro Do Sistema de Saúde Português "Saúde 2015"*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa, 2005. Relatório.

SANTOS, Manuel. *Impacto do Financiamento na Eficiência Hospitalar*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

SILVA, Ana. *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Universidade Nova de Lisboa, 2003. Tese de doutoramento.

SIMOENS, Steven. O mercado de medicamentos genéricos em Portugal e na Europa. *Infarmed*. [Em linha]. Portugal, 2018. [consult. 15-07-2017]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/TESTEMUNHO_3_web.pdf/0ed69ca3-fe94-4380-9f79-0d21a36e9a94

SIMÕES, Jorge, et al. A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde - Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS. *Serviço Nacional de Saúde*. [Em linha]. 2007 [consult. 15-12-2016] Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/noticias/sustentabilidade+sns.htm>

SIMÕES, Jorge. As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2004, vol. 4, pp. 79-90.

SOUSA, Paulino. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*. 2009, vol. 22, pp. 884-894.

TARMED - le tarif des prestations médicales ambulatoires. Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. [Em linha]. Berne: *Contrôle Fédéral des Finances*, 2010. [consult. 03-04-2017]. Disponível em: <http://www.cdt.ch/files/docs/f7ac7ee342300305f5d6d8b01c1c7bba.pdf>

TUCKMAN, Bruce. *Manual de Investigação em Educação*. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2000, pp. 121-132.

UNDRITZ, Nils et al. 75 ans de H+ - Les Hôpitaux de Suisse. *Competence*. 2005, pp. 11-40.

VANDENBROUCKE, Frank. Équité en soins de santé. *Reflets et perspectives de la vie économique*. [Em linha]. 2003, vol. XLII, nº 1, pp.31-37. [consult. 24-05-2017]. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2003-1-page-31.htm>

VILELAS, José. *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. 2009.

WOOD, Geri. e HABER, Judith. *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2001, pp. 201.

ANEXOS

ANEXO 1

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Nouveau message

Destinataires

Objet

Ex.mo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

Carla Marina Tavares Fernandes, enfermeira desde 2008 a trabalhar atualmente no Hospital de Morges, na Suíça, encontrando-se a frequentar o Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a desenvolver uma investigação subordinada ao tema "Modelos de financiamento, equidade de acesso e eficiência hospitalar: Um estudo em Portugal e na Suíça", aprovada pelo Conselho Técnico-Científico da ESEP, orientada pela Prof. Doutora Ana Paula Prata e coorientada pela Prof. Doutora Margarida Reis Santos, vem por este meio solicitar a sua colaboração no estudo, através da resposta ao questionário em anexo.

Os sistemas de saúde, na sua maioria, apresentam graves problemas de financiamento, em grande parte devido à alteração do paradigma demográfico e da introdução de novas tecnologias, que resultam num aumento substancial dos custos. Desta forma, os países vêem-se obrigados a adotar políticas mais restritas para a contenção do aumento da despesa, sendo a otimização do modelo de financiamento hospitalar a que tem um maior impacto na eficiência da prestação dos cuidados de saúde (Lourenço, 2015).

Esta situação torna relevante conhecer a opinião dos profissionais a exercerem funções de gestão sobre a temática em estudo.

O estudo tem como principais objetivos:

- conhecer o modelo de financiamento implementado na Suíça e em Portugal e a sua repercussão na eficiência hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde;
- conhecer a opinião dos enfermeiros gestores sobre os modelos de financiamento em saúde em uso em Portugal e na Suíça.

Agradeço que guarde o anexo (questionário) no seu ambiente de trabalho, preencha, grave e de seguida o envie anexado.

A cada questão ou afirmação peço-lhe que assinala com um (X) a resposta que melhor indique a sua opinião ou a frequência com que lhe parece ser habitual a situação acontecer (escolha uma só alternativa).

A informação obtida será exclusivamente utilizada para o estudo supracitado, assegurando-se que após a sua conclusão serão destruídos os documentos de colheita de dados e que em nenhum tipo de relatório ou publicação que se venha a produzir será incluída qualquer referência que permita a identificação dos participantes.

Se estiver interessado em receber informação sobre os resultados do estudo não hesite em contactar através do e-mail indicado.

Reconhecendo, antecipadamente toda a sua disponibilidade agradeço reconhecidamente a sua colaboração.

Com os meus respeitosos cumprimentos

Carla Marina Tavares Fernandes

Anexo II
Questionário

Informação do participante:

Sexo:

Grau Académico :

País onde exerce funções:

Função na instituição:

Tempo de serviço no setor da gestão de saúde :

1 – Tipo de instituição onde exerce funções:

- ☐ Pública
- ☐ Público-Privada
- ☐ Privada

2 – Relação jurídica da instituição?

- ☐ Setor Público Administrativo
- ☐ Entidade Pública Empresarial
- ☐ Sociedade Anónima
- ☐ Outra:

3 – Tipo de financiamento:

- ☐ Retrospetivo
- ☐ Prospetivo
- ☐ Ambos

4 – Considera que o tipo de financiamento aos hospitais pode influenciar o comportamento dos prestadores de cuidados?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

5 – Na sua opinião o aumento da despesa é mais significativo nos hospitais:

- ☐ Públicos
- ☐ Público-Privados
- ☐ Privados
- ☐ Similar

6 – Considera que o financiamento baseado nos resultados é mais eficiente que o financiamento baseado nos custos históricos?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

7 – A repartição das despesas entre diferentes agentes financiadores é importante para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

8 – O modelo de financiamento tem um impacto direto na eficiência hospitalar?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

9 – A evolução do modelo de financiamento ao longo do tempo incitou os hospitais a:

9.1. ... aumentar a sua eficiência?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

9.2. ... controlar os custos?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

9.3. ... diminuir o tempo de internamento?

- ☐ Nunca

- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

9.4. ... a aumentar a participação do estado no financiamento dos hospitais privados?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

9.5. ... aumentar a liberdade de escolha do cliente ?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

9.6. ... uma maior competitividade?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

10 – A introdução do GDH é uma mais valia para o financiamento do sistema de saúde?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

11 – Os custos por GDH refletem os custos reais?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

12 – As medidas de contenção de custos implementadas na sua instituição são compatíveis com:

12.1. ... a qualidade dos cuidados?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

12.2. ...a igualdade de acesso aos cuidados?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

12.3. ... um reduzido tempo de espera médio de acesso aos cuidados de saúde?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

13 – A atual política de saúde permitirá a sustentabilidade do sistema de saúde?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

Muito Obrigado !